

PODCAST 211

Date d'envoi : lundi 43 à 5 :00

Titre : Biphosphonates et ostéonécrose

Pour écouter

LE PODCAST

« Biphosphonates et ostéonécrose »

C'est ici

Nous ne pouvons choisir l'heure de notre mort mais nous pouvons décider comment aller à sa rencontre.

Docteur, avance et souviens toi pourquoi tu as choisi ce beau métier !

Bienvenue dans le 211^e audio du défi des 365 jours que je t'offre avec le soutien de NatureBio Dental, le mouvement qui unit les chirurgiens-dentistes, les médecins et praticiens de santé ainsi que des patients motivés pour remettre la santé bucco-dentaire au cœur de la santé.

Le but, donner le meilleur de nous-même à chaque instant.

Je voudrais te parler aujourd'hui des biphosphonates et des ostéonécroses.

L'ostéonécrose des mâchoires, d'origine médicamenteuse, est aujourd'hui mieux connue. L'épidémiologie, la prévention et le traitement de ces ostéonécroses sont mieux codifiées et le chirurgien-dentiste a un rôle central dans la chaîne diagnostique et thérapeutique. En 2003, les travaux scientifiques décrivant 36 cas d'ostéonécroses des mâchoires, imputables aux biphosphonates ont été relayés par les médias. Cela a entraîné un vent de panique, autant chez les patients que chez les praticiens de santé, entre autres les chirurgiens-dentistes, qui se voyaient contre indiquer de faire toute extraction chez les personnes prenant des biphosphonates.

Il semblerait aujourd'hui qu'il faille relativiser et qu'une mise au point soit nécessaire pour rassurer tout le monde. En fait, il semblerait que la prévalence de ces ostéonécroses, en relation avec les médicaments, soit très faible, entre 0,001 % et 0,21 %.

Mais quand elles sont là, ces complications peuvent être très sévères avec une exposition des tissus osseux maxillo-faciaux, parfois associés à des fistulisations intra ou extra orales pendant de longues semaines. Pour les biphosphonates, les risques persistent 3 à 5 ans après la prise alors que pour le dénosumabe, qui est un inhibiteur de la résorption osseuse, les risques ne sont présents que lors de la prise du médicament.

Chez les patients, surtout poly-médicamentés, la décision thérapeutique demande une coopération renforcée entre le chirurgien-dentiste et le médecin. Il serait d'ailleurs nécessaire que les praticiens nous adressent les patients pour un bilan dentaire avant la mise en place d'un traitement anti porotique, cela éviterait bien des problèmes et limiterait les médications supplémentaires surtout en cas d'infection osseuse suite à une ostéonécrose.

Actuellement, après étude des bénéfices risques, les extractions ne sont plus contre indiquées, ni les poses d'implants dans un contexte bénin d'ostéoporose par exemple. Par contre elles restent contre indiquées en cas de cancer. Entre autres, de par son action anti résorptive, certains préconisent l'utilisation des biphosphonates comme un bénéfice dans la prise en charge de la résorption osseuse alvéolaire inflammatoire induite par la parodontite. Les biphosphonates se lient aux cristaux d'hydroxyapatite, ils agissent principalement en inhibant les ostéoclastes, ils réduiraient l'apoptose des ostéoblastes, entraînant une augmentation de la densité osseuse, objectif thérapeutique souhaité. Mais là encore, le focus ne se fait-il pas sur le symptôme au détriment de la cause ?

Certains chercheurs ont même mis au point des gels et des injections de biphosphonates appliqués juste après l'assainissement chirurgical ou non chirurgical à la base de la poche ou dans les furcations. Les résultats semblent plutôt encourageants mais les dernières recommandations internationales ne préconisent pas cette utilisation en raison des effets secondaires.

Il est bien sûr toujours préférable d'utiliser des techniques conservatrices, mais parfois, pour obtenir la guérison de l'ostéonécrose, quel que soit le stade, la thérapeutique chirurgicale semble être le traitement de choix surtout pour enlever un séquestre osseux qui empêcherait la cicatrisation. Le patient doit être mis sous antibio thérapie en première intention l'Amoxicilline, 2gr par jour, suivi de la Clindamycine, 1200mg par jour pendant 7 jours. En deuxième intention on donnera l'Amoxicilline 2 à 3 gr par jour associé au Métronidazole, 1,5gr par jour, cela permet d'agir rapidement sur une amélioration de la suppuration, de la douleur et du gonflement, mais ne protège pas des risques de récurrence et de la persistance des symptômes en moyenne 3 semaines après l'arrêt du traitement. Donc les antibiotiques permettent une régression des symptômes mais n'empêchent pas l'évolution de la nécrose.

L'emploi d'une oxygénothérapie hyperbare a fait ses preuves pour une meilleure cicatrisation, donc l'ozonothérapie pourrait être une valeur ajoutée pour la cicatrisation des sites d'ostéonécroses. L'emploi des lasers à base énergie tel le Miltadent a déjà fait ses preuves surtout dans les stades précoces pour diminuer la douleur et l'inflammation et stimuler la formation osseuse. Une métaanalyse portant sur 322 patients atteints d'ostéonécroses et traitées par un soft laser montrent 45 % de guérison complète, 5,6 % de guérison partielle et 11 % n'ayant eu aucune guérison. Ce traitement est donc un complément indispensable.

L'apport de vitamines D fait bien sûr partie de l'arsenal thérapeutique. Tous les complexes minéraux et vitaminiques à visée osseuse seront les bienvenus, principalement ceux contenant les minéraux de structure (Ca, Mg, P, Si). Et bien sûr,

localement, le oil pulling, à base d'huile de noix de coco et de gencix, sera anti inflammatoire, antalgique et cicatrisant.

La prise en charge doit être multi disciplinaire car les cicatrisations sont longues, et d'autant plus longue qu'il existe des comorbidités.

Je te souhaite une belle journée et je te dis à demain, naturellement !