

MICHAEL M. BORNSTEIN¹
 ANDY WAI KAN YEUNG¹
 RAY TANAKA¹
 RICHARD YUXIONG SU²

¹ Oral and Maxillofacial Radiology, Applied Oral Sciences, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

² Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, China

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. med. dent.

Michael M. Bornstein
 Klinik für Oral Health & Medicine
 Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel/UZB
 Mattenstrasse 40
 CH-4058 Basel

LAYOUT

Département multimédia,
 zmk berne

Traduction : Jacques Rossier

BIBLIOGRAPHIE

ATA-ALI J, ATA-ALI F, PEÑARROCHA-OLTRA D, GALINDO-MORENO P : What is the impact of bisphosphonate therapy upon dental implant survival? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 27 : e38-46 ; doi : 10.1111/clr.12526 (2016)

BOQUETE-CASTRO A, GÓMEZ-MORENO G, CALVO-GUIRADO J L, AGUILAR-SALVATIERRA A, DELGADO-RUIZ R A : Denosumab and osteonecrosis of the jaw. A systematic analysis of events reported in clinical trials. *Clin Oral Implants Res* 27 : 367-375 (2016)

ELEUTHERAKIS-PAPAIAKOVOU E, BAMIAS A : Antiresorptive treatment-associated ONJ. *Eur J Cancer Care* 26 ; doi : 10.1111/ecc.12787 (2017)

KHANA A, MORRISON A, CHEUNG A, HASHEM W, COMPSTON J : Osteonecrosis of the jaw (ONJ): diagnosis and management in 2015. *Osteoporos Int* 27 : 853-859 (2016)

MCGOWAN K, MCGOWAN T, IVANOVSKI S : Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaws: A systematic review. *Oral Dis* 24 : 527-536 (2018)

« Nécrose de la mâchoire associée aux médicaments » sous traitement par bisphosphonates oraux lors d'ostéoporose – les maladies parodontales comportent également des risques

MOTS-CLÉS : Nécrose de la mâchoire associée aux médicaments, ostéonécrose de la mâchoire liée aux médicaments, MRONJ (*Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw*), bisphosphonates, mandibule, parodontite, extraction

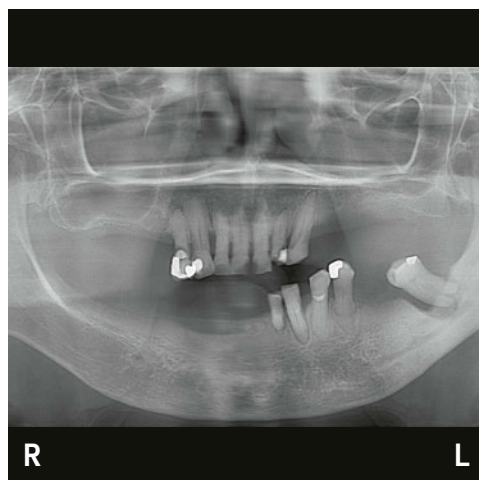


Fig. 1 Sur l'orthopantomogramme initial, on observe dans la mâchoire supérieure et inférieure une dentition restant limitée. La dent de sagesse 38 à inclinaison mésiale est caractérisée par une ostéolyse périradiculaire prononcée, qui s'étend jusqu'au canal mandibulaire. Dans cette région, et surtout par rapport au côté droit, la sclérose du maxillaire inférieur semble nettement plus importante. En outre, la corticale du bord gauche de la mandibule peut difficilement être distinguée de l'os spongieux du corps mandibulaire.

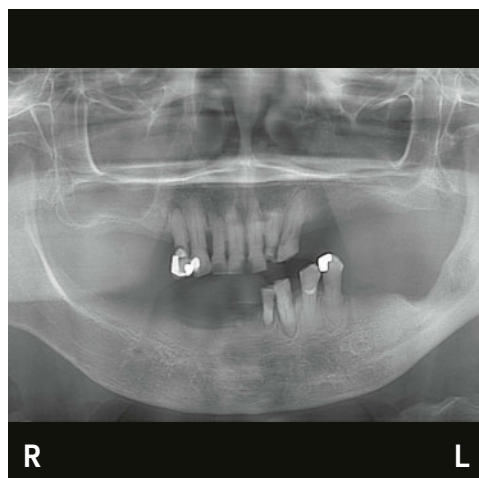


Fig. 2 Sur l'orthopantomogramme réalisé après l'extraction de la 38, une sclérose nette des structures osseuses situées autour de la zone de la dent de sagesse est encore visible dans la mandibule gauche. La corticale de la marge mandibulaire gauche est en partie difficile à distinguer de l'os spongieux du corps de la mandibule.

Sous traitement par les bisphosphonates (par voie orale ou intraveineuse), et en particulier lors de l'administration de fortes doses de ces médicaments chez les patients atteints de tumeurs malignes, il existe un risque d'ostéonécrose de la mâchoire (appelée *Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw*/MRONJ) en conséquence directe d'une intervention chirurgicale bucco-dentaire ou en cas d'infection chronique telle que la parodontite ou la péri-implantite. Des cas de nécrose de la mâchoire ont également été décrits sous administration orale de bisphosphonates lors d'ostéoporose. Le denosumab est admis depuis quelques années sous forme faiblement dosée dans le traitement de l'ostéoporose et sous forme fortement dosée dans le traitement des tumeurs osseuses métastatiques. Depuis lors, il a été signalé que le denosumab peut lui aussi provoquer une nécrose de la mâchoire après une intervention chirurgicale bucco-dentaire, de sorte que l'utilisation des médicaments antirésorptifs est désormais considérée, de manière générale, comme un facteur de risque d'ostéonécrose de la mâchoire. C'est pourquoi les patients qui prennent des bisphosphonates ou du denosumab en raison d'une ostéoporose doivent être informés, avant une intervention de chirurgie orale, de la possibilité d'une ostéonécrose.

Dans le cas présent, une patiente de 75 ans a été adressée par son médecin-dentiste en raison d'un engourdissement de la lèvre inférieure gauche et d'une tuméfaction croissante de la région faciale gauche. Le diagnostic d'ostéoporose avait été posé chez cette patiente il y a huit ans après une fracture du poignet, et depuis lors, elle était traitée par des comprimés de vitamine D, un apport quotidien de carbonate de calcium et de l'alendronate (70 mg d'acide alendronique une fois par semaine par voie orale). Après les premiers examens (fig. 1), une nécrose débutante de la mâchoire associée à un médicament a été diagnostiquée au niveau de la mandibule gauche, sur la base d'une parodontite marginale au niveau de la dent 38 persistant depuis des années. Après arrêt du bisphosphonate pendant trois mois, la dent de sagesse 38 a été extraite (fig. 2). Bien que l'hypoesthésie se soit ensuite améliorée au cours de la cicatrisation, l'alvéole de la 38 ne s'est fermée que lentement et pouvait encore être sondée presque une année après l'intervention (fig. 3, 4). La plaie est encore contrôlée et nettoyée tous les deux mois – mais la patiente refuse une révision chirurgicale.

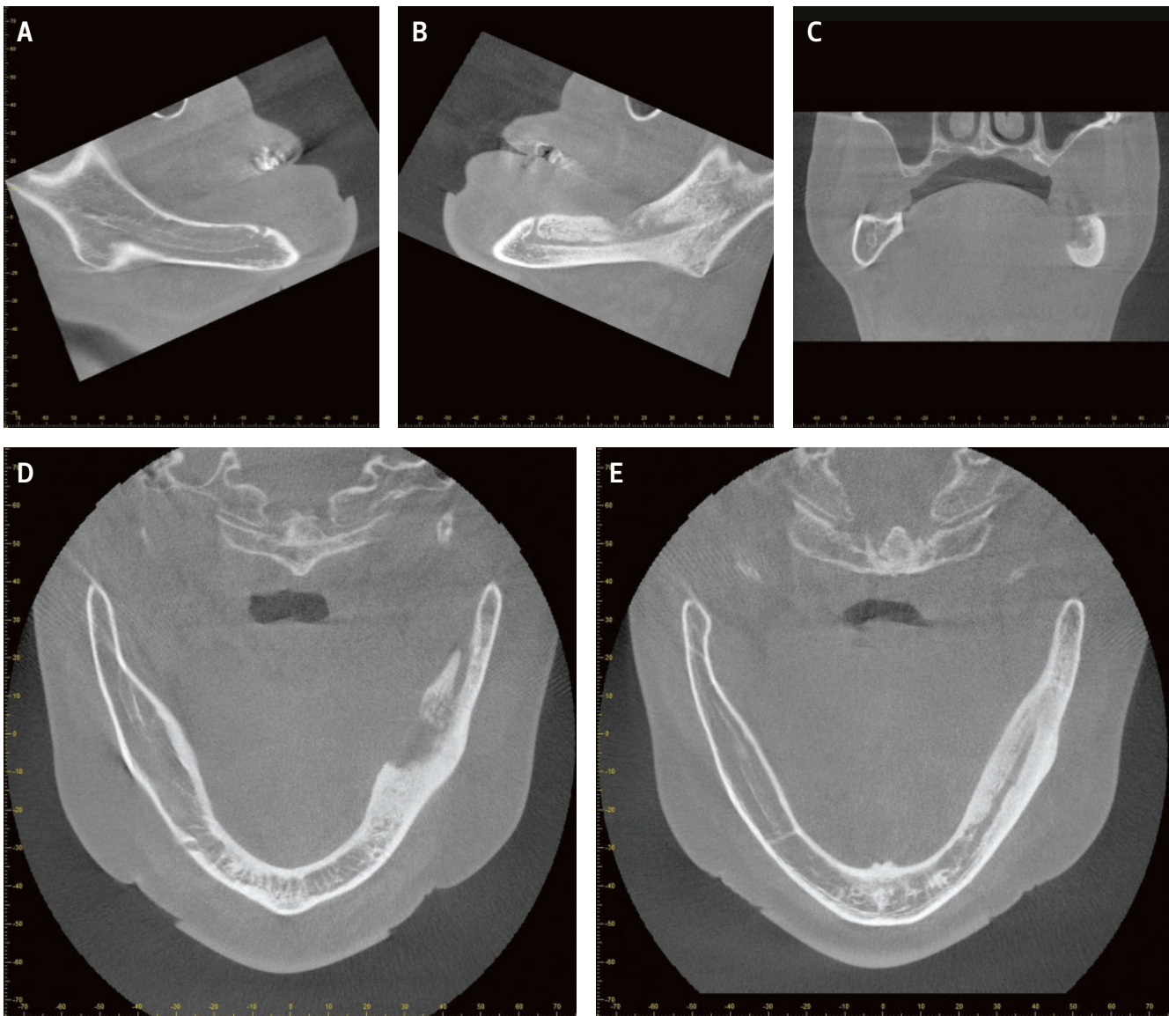


Fig. 3 La tomographie volumique numérique (TVN; Veraview X800; J. Morita Mfg. Corp., Kyoto, Japon) un an après l'extraction de la 38 montre une densification (sclérose) significative de l'os de la mandibule gauche par rapport à la mandibule droite. Dans la région de l'ancienne dent 38, on observe une ostéolyse et une structure osseuse en partie raréfiée, qui ne semble pas partout clairement délimitée par rapport au canal mandibulaire.

Du côté gauche, le canal mandibulaire passe au milieu de la zone hyperdense, ce qui est particulièrement manifeste si l'on compare les deux côtés. En outre, la corticale du bord gauche de la mandibule est en partie très difficile à délimiter par rapport à l'os spongieux du corps de la mandibule (A = coupe sagittale à droite; B = coupe sagittale à gauche; C = coupe frontale; D = coupe axiale au niveau de l'alvéole 38; E = coupe axiale le long du canal mandibulaire pour comparer les deux côtés).

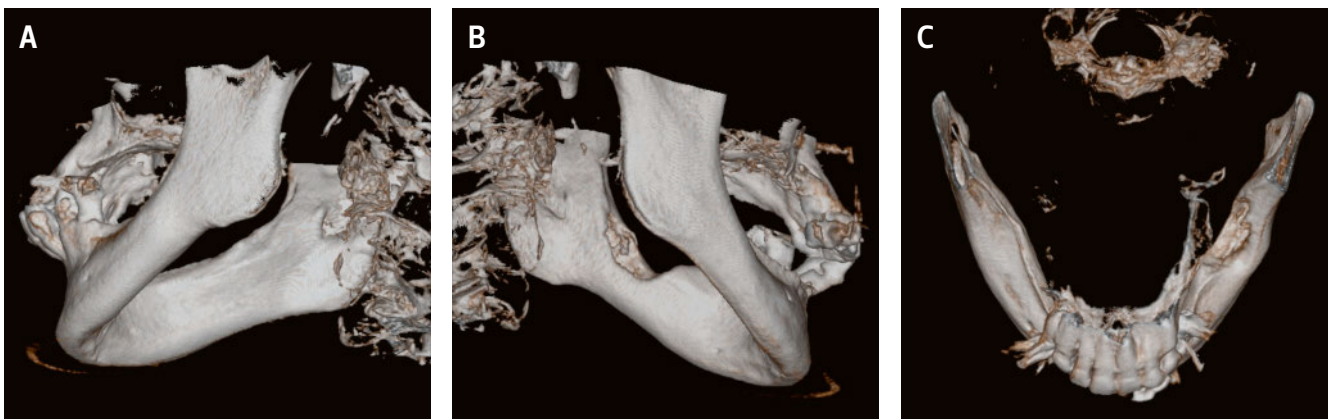


Fig. 4 Vues en TVN (mêmes images que dans la fig. 3) sous forme de reconstruction tridimensionnelle : A = vue du côté sain à droite depuis la partie médiane; B = vue du côté pathologique de la mâchoire à gauche depuis la partie médiane; C = vue des deux côtés depuis le crâne/vue de dessus.