

\*Pour les chirurgiens dentistes : selon les recommandations de la société de chirurgie maxillo-faciale

« L'avulsion et/ou l'ostéoplastie constituent des facteurs de risque significatifs d'ostéonécrose de la mâchoire (ONM). Ce risque peut être réduit par l'utilisation de protocoles basés sur des mesures de contrôle de l'infection au niveau local et systémique. L'application de ces protocoles dans des études prospectives, a montré une réduction du risque d'ONM ; ce dernier pouvant être nul chez des patients traités par biphosphonates (BP) oraux, et compris entre 0 à 3% chez des patients cancéreux traités par des BP IV. Les études soulignent la nécessité de réduire l'inflammation voire l'infection locale par des mesures d'assainissement parodontal (détartrage, polissage,..) préalablement à la chirurgie et par des bains de bouche quotidiens à la Chlorhexidine, avec une antibioprofylaxie pré et postopératoire. Les étapes décrites, réalisées sur des tissus préalablement assainis, sont les suivantes: réalisation d'un lambeau de pleine épaisseur, geste chirurgical le moins traumatique possible avec régularisation des bords et fermeture de la plaie sans tension. Une étude a également décrit un protocole d'avulsion simple sans aménagement tissulaire chez des patients traités par BP oraux. Très peu de données concernent l'anesthésie ; une seule étude exclut le recours à une anesthésie intra-ligamentaire ou intra-papillaire. Aucune étude ne contre-indique le recours à l'usage d'un vasoconstricteur. »

Les risques sont tout à fait infimes dans les traitements anti ostéoporotiques (1/10000 à 1/100000) et se posent essentiellement dans les traitements par biphosphonates IV et surtout en cancérologie où les doses utilisées sont bien supérieures. Il paraît néanmoins important de lister les cofacteurs généraux (âge>65 ans, femme, immunosuppresseurs, corticoïdes, tabac, diabète, durée d'exposition au traitement) ; les cofacteurs locaux (avulsion dentaire, port de prothèses amovibles mal adaptées, état infectieux buccodentaire).

Etant donné l'efficacité de la prévention fracturaire, que ce soit en prévention primaire, et encore plus secondaire, (50 à 80% de fractures en moins selon les sites et les traitements utilisés), la balance bénéfice risque est très largement en faveur du traitement antiostéoporotique d'autant que les conséquences des fractures en terme de mortalité et de morbidité sont majeures (notamment 30% de décès dans l'année après fracture du col du fémur).

\*Pour les patients et les dentistes : en pratique, selon les données actuelles :

-Avant traitement : Bilan dentaire, les soins conservateurs ne doivent pas retarder la mise en place du traitement. En cas de soins invasifs attendre la cicatrisation osseuse ou muqueuse.

-Pendant le traitement :

Consultation dentaire une fois par an ou plus rapide si apparition d'une mobilité dentaire ou d'une inflammation notamment sous prothèse.

Soins conservateurs nécessaires à effectuer sans précaution particulière

Ne pas porter de prothèse amovible pendant la nuit.

-Extraction : respect de l'indication de « foyer infectieux actif ne pouvant répondre à un traitement conservateur ». Sauf arrêt prévu, il n'est pas légitime d'arrêter le traitement antiostéoporotique.

-si risque faible : pas de précaution particulière.

- si traitement depuis plus de 5 ans :

Pas d'arrêt et utiliser un protocole visant à favoriser la cicatrisation muqueuse et osseuse

-Si traitement par dénosumab (Prolia): respecter un délai après l'injection

-Si nécessité d'implants : pas de contre indication

-Si traitement par dénosumab, respecter un délai d'un à 2 mo