



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Cas clinique

Ostéonécrose extensive des maxillaires induite par les biphosphonates

Extensive osteonecrosis of the jaws associated with biphosphonates therapy

C. Rattin ^{*}, A. Vanoli, I. Latombe

Service d'orl et de chirurgie cervicofaciale, Fondation Hôtel-Dieu, 175, rue Maréchal-Foch, 71200 Le Creusot, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 8 février 2006

Accepté le 24 septembre 2007

Disponible sur Internet le

15 février 2008

Mots clés :

Biphosphonates

Mâchoires

Ostéonécrose

Métastases osseuses

Cancer

Keywords:

Bisphosphonates

Jaws

Osteonecrosis

Bone metastasis

Cancer

RÉSUMÉ

Objectif. – Le but de ce travail est de présenter le risque de survenue d'une ostéonécrose des mâchoires lors d'un traitement par les biphosphonates et d'évaluer leur implication.

Matériel et méthodes. – Nous rapportons notre expérience dans la prise en charge de trois cas entre 2004 et 2005 d'ostéonécrose des mâchoires survenus chez des patients traités par les biphosphonates pour évolution osseuse métastatique. Des gestes d'extractions dentaires ont précédé l'apparition de cette complication pour deux des trois malades.

Résultats. – Les biphosphonates, qui inhibent les ostéoclastes, allègent un grand nombre des conséquences dévastatrices de la maladie osseuse métastatique. Des cas d'ostéonécrose des mâchoires ont été rapportés avec une nette augmentation de fréquence ces dernières années. Les biphosphonates sont utilisés depuis plusieurs dizaines d'années pour réduire les effets délétères des métastases osseuses et de l'ostéoporose. Toutefois, ils semblent pouvoir jouer un rôle dans l'apparition de l'ostéonécrose des maxillaires. Nous examinons les propriétés pharmacologiques des biphosphonates et le rôle qu'ils peuvent jouer dans la physiopathologie de l'ostéonécrose.

Conclusion. – L'ostéonécrose des mâchoires est une complication rare du traitement par les biphosphonates. Une prise en charge dentaire est recommandée chez tout patient à risque avant le début du traitement par les biphosphonates, mais une prévention absolue est impossible.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – The purpose of this study was to present the risk of occurrence of osteonecrosis of the jaws during bisphosphonate therapy and to evaluate their involvement.

Material and methods. – We report our experience from 2004 to 2005 in the management of three cases of osteonecrosis of the jaws occurring in patients cured by bisphosphonates for metastatic bone disease. Dental extractions preceded the appearance of symptoms for two of the three cases.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christian.rattin@wanadoo.fr (C. Rattin).

0003-438X/\$ – see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.aorl.2007.09.002

Results. – Bisphosphonates, which inhibit osteoclasts, reduce a great number of the devastating consequences of the metastatic bone disease. Cases of osteonecrosis of the jaw (ONJ) have been reported with a significant increase over the past few years. Bisphosphonates have been used for several decades to reduce the effects of bone metastasis and osteoporosis. However, they seem to play a part in the appearance of the osteonecrosis of the jaws. We studied the pharmacological features of the bisphosphonates and the role they can play in the physiopathology of osteonecrosis.

Conclusion. – Osteonecrosis of the jaws is an uncommon complication of bisphosphonate treatment. Dental care is recommended for every high-risk patient before the beginning bisphosphonate treatment, although total prophylaxis is impossible.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les biphosphonates sont largement utilisés depuis de nombreuses années dans la prise en charge de l'hypercalcémie maligne, de la maladie osseuse métastatique et comme traitement associé dans l'ostéoporose non tumorale. Plusieurs millions de patients sont traités dans le monde et on estime à 2,5 millions, le nombre de malades traité par voie injectable intraveineuse [1]. Cette forme est réservée au traitement de l'hypercalcémie maligne, de la maladie osseuse métastatique, ainsi que du myélome et dans certaines formes de la maladie de Paget symptomatique. Leur mode d'action reste mal connu, mais ils permettent d'inhiber la résorption ostéoclastique. Les biphosphonates des deuxième et troisième générations ont une action potentiellement plus puissante sur l'os que ceux de la première génération (Étidronate[®], clodronate). L'implication possible des biphosphonates dans la formation d'ostéonécrose des maxillaires est soupçonnée seulement depuis la fin 2003 à travers les publications de Wang et al. [2], de Marx [3] et d'autres auteurs [4,5]. Dans une très grande majorité de cas, des soins dentaires, extractions de dents et de racines ont été à l'origine de l'évolution vers un tableau d'ostéomyélite réfractaire. Plusieurs publications sont venues étayer cette hypothèse avec aujourd'hui plus de 300 cas recensés.

Fin 2004, puis en mars 2005, la Food and Drug Administration (FDA) a émis un état de vigilance qu'elle a étendu aux biphosphonates distribués sous forme orale.

Nous rapportons trois cas cliniques d'ostéonécrose des mâchoires survenus après traitement par les biphosphonates indiqués pour le traitement d'une évolution osseuse métastatique. Deux ont été observés après des extractions dentaires et un sans geste préalable.

2. Cas cliniques

2.1. Cas n° 1

M. Mer, 79 ans, est suivi depuis 15 ans pour deux affections cancéreuses. Ses antécédents sont marqués par l'existence d'un diabète insulino-dépendant et d'une polyglobulie essentielle traitée par hydroxycarbamide (Hydréa[®]). En 1989, le patient est traité par prostatectomie radicale pour un adénocarcinome de la prostate avec bilan d'extension négatif. Il reçoit un traitement complémentaire hormonal par un

analogue de la LHRH (enanthone). Début 1990, l'examen découvre des adénopathies axillaires droites isolées. Une biopsie permet de retenir le diagnostic de lymphome malin non hodgkinien (LMNH) folliculaire à petites cellules non clivées de bas grade de malignité. Le patient est classé stade IV en raison d'un envahissement médullaire et va recevoir six cures de COP (cyclophosphamide, Oncovin[®], prednisone). Une accalmie est observée jusqu'à fin 1995 et le patient rapporte des douleurs mécaniques à la marche. Un bilan d'imagerie, scintigraphie et résonance magnétique nucléaire (IRM) identifie de nombreux foyers d'hyperfixation témoignant de localisations osseuses secondaires ostéocondensantes sous enanthone. Un traitement par les biphosphonates est institué avec une injection intraveineuse de 90 mg de Pamidronate[®] (Aredia[®]) toutes les quatre semaines. Une bonne efficacité sur les douleurs est obtenue avec disparition de certaines zones d'hyperfixation à la scintigraphie. Au cours de ces dix années, des rechutes multiples d'un LMNH au départ de bas grade de malignité ont été observées avec passage à un grade intermédiaire et enfin évolution vers un LMNH de type B, CD20+. Le malade a reçu plusieurs lignes de traitement successives avec reprise en 1999 de Chloraminophène[®] et Solupred[®], puis en 2000 l'introduction des anthracyclines. Fin 2001, la transformation vers un lymphome de haut grade a fait choisir une nouvelle ligne thérapeutique avec Holoxan[®] et Vépéside[®].

C'est en mars 2004 qu'est notée pour la première fois une *exposition périostée* en l'absence de soin dentaire au niveau de la mandibule avec des prélèvements anatomopathologiques négatifs. Dans le courant de l'été, une poursuite évolutive du LMNH et du cancer de la prostate a été observée et a conduit à proposer un traitement chimiothérapeutique avec la vinorelbine (Navelbine[®]) en monothérapie. Ce traitement aboutit à la disparition des adénopathies, mais entraîne l'aggravation d'un syndrome parkinsonien, responsable de chutes fréquentes et conduisant à un état semigrabataire. C'est à l'occasion d'un traumatisme facial qu'un examen met en évidence une *nécrose extensive des deux maxillaires* (Figs. 1 et 2) compliquée d'une fistule sous-mentale et d'une communication sinusienne confirmées par le bilan d'imagerie (Fig. 3). L'état précaire et l'extension des lésions du patient n'a autorisé aucun geste local. De 1995 à 2004, le patient a reçu au total six lignes de chimiothérapie avec à plusieurs reprises l'introduction de corticoïdes. Le Pamidronate[®] a été administré toutes les quatre semaines pendant ces dix années.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105825>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105825>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)