

Collège National
des Enseignants
en Chirurgie **Orale**
et Médecine **Orale**

cneco

Cas clinique Référentiel Internat

Item CO 56
Ostéites

Grande question d'internat

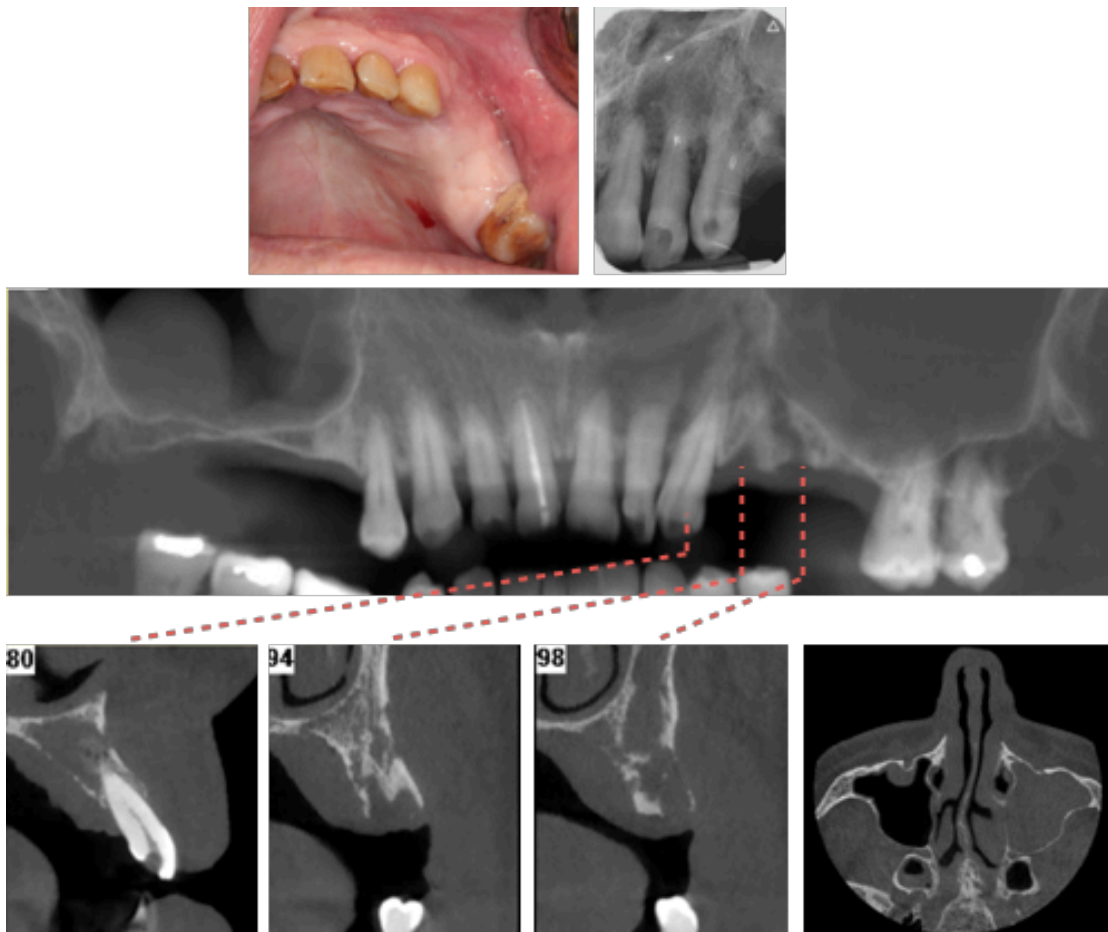
Un homme de 59 ans est adressé en urgence par son oncologue en raison de douleurs bucco-dentaires croissantes évoluant depuis plusieurs semaines dans le secteur maxillaire gauche. Elles sont devenues lancinantes et évaluées à 8/10 (EVS).

Le patient est suivi pour un carcinome hépato-cellulaire métastatique depuis 6 ans. Il est traité par Nexavar* (Sorafénib, anti-VEGF) et Xgeva* (Dénosumab, anti-RANK-L) depuis plus de 2 ans, Hydrocortisone 30mg/j et un antalgique morphinique.

Le patient signale une avulsion dentaire (dent 24) 5 mois auparavant par son chirurgien-dentiste traitant. Ce dernier aurait également trépané récemment les dents 22 et 23 face à une suspicion de nécrose pulpaire avec lésions péri-apicales.

L'examen clinique montre une légère tuméfaction et une douleur à la palpation dans le fond du vestibule secteur 22 à 25 ainsi qu'une mobilité importante des dents 22 et 23.

Le CBCT dento-maxillaire demandé par l'oncologue préalablement à la consultation est joint ci-dessous :



1. Décrivez la photographie intra-buccale et les clichés radiologiques fournis (20 points).
2. Identifiez les risques associés aux traitements du patient vis-à-vis de la pratique bucco-dentaire (30 points).
3. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) évoquez-vous, justifiez ? (20 points)
4. Décrivez votre conduite à tenir dans le cadre de l'urgence et à court terme ? (40 points)
5. Quelle est votre conduite à tenir pour le suivi à plus long terme de ce patient ? (10 points)

Corrigé

Ce corrigé avec la pondération sur un total de 120 est donné à titre indicatif pour permettre à l'étudiant de s'évaluer. Il ne préjuge en rien des éléments de réponse et de la pondération afférente à chacun d'entre-eux qui serait retenu par un jury d'internat.

ZAQ=zéro à la question.

Question 1

- Cliniquement, une discrète tuméfaction et un érythème dans la zone péri-apicale de 23 (4 pts)
- Crête édentée avec gencive d'aspect sain secteur 24 à 26 (4 pts),
- La radiographie intra-buccale confirme qu'une cavité d'accès a été réalisée sur les dents 22-23, alvéolyse verticale (4 pts),
- La reconstruction panoramique montre une alvéolyse généralisée, une opacité complète du sinus maxillaire gauche et partielle du sinus maxillaire droit avec épaissements muqueux d'aspect polypoïde (4 pts),
- Les coupes CBCT indiquent une ostéolyse diffuse et inhomogène des secteurs alvéolaires 23 à 25, une absence complète de cicatrisation de l'alvéole de 24, un comblement complet du sinus maxillaire gauche. Il existe une image aérienne au niveau péri-apical de 23 (4 pts).

Question 2

- Nexavar® (Sorafénib) :
 - Agent anti-angiogénique, inhibiteur de l'activité protéine-tyrosine kinase du récepteur au facteur de croissance endothélial et vasculaire (VEGF)
 - Répercussions générales à prendre en compte :
 - Trouble de l'état général (asthénie, nausées, vomissements...) (2 pts)
 - Risque d'affections hématologiques et du système lymphatique (neutropénie, anémie, thrombopénie voire aplasie médullaire) (2 pts)
 - Risque de troubles de la coagulation (2 pts) (risque majoré avec risque d'insuffisance hépatique lié au carcinome en soit !!!) (2 pts)
 - Risque d'insuffisance rénale chronique (2 pts)
 - Répercussions buccales :
 - Effet indésirable du traitement : mucites (ulcération, douleurs, odynophagie), pâleur des muqueuses (anémie), parodontopathies, hyposialie (lésion carieuse, mycose), altération du goût, stomatodynie... (2 pts)
 - Risque hémorragique (thrombopénie, trouble de la coagulation) (2 pts)
 - Risque infectieux (neutropénie) (2 pts)
 - Risque anesthésique : éviter les anesthésies intra-ligamentaires (risque accru de bactériémie) (2 pts)
 - Défaut de cicatrisation en cas de geste chirurgical (3 pts)

- Xgeva® (Dénosumab) :
 - Anticorps mono-clonal Anti-RANKL = agent anti-résorbeur avec risque d'ostéochimionécrose des maxillaires (ONM) spontané ou suite à un geste osseux au niveau des maxillaires (2 pts)
- Hydrocortisone (30 mg/jour) au long cours :
 - L'association corticothérapie et anti-résorbeur osseux augmente le risque d'ONM. (2 pts)
 - Risque infectieux (si > 10 mg/j). (1 pt)
 - Risque d'interactions médicamenteuses (Pas d'AINS ou d'autres AIS !!!). (1 pt)
 - Risque d'insuffisance surrénalienne aiguë en cas de stress chirurgical ou en cas d'infection. Il est conseillé d'augmenter la dose de cortisone avant le geste et les jours suivants. (2 pts)

Synthèse chez le patient :

- Risque d'ONM majeur
- Risque infectieux (neutropénie, corticothérapie au long cours)
- Risque hémorragique (thrombopénie, trouble de la coagulation)
- Risque d'interaction médicamenteuse (pas d'AINS ou d'AIS).
- Risque anesthésie (éviter les intra-ligamentaires, intra-osseuses et intraseptales) :
- Risque d'insuffisance surrénalienne aiguë.

ZAQ si : DénoSumab = bisphosphonates ou si risque d'ONM non évoqué

Question 3

- Ostéite aiguë avec ostéochimionécrose maxillaire (4 pts) et sinusite maxillaire gauche aiguë associée (4 pts)
- Les facteurs de risque sont une avulsion dentaire réalisée avec prise concomitante d'agents anti-résorbeur et anti-angiogénique (4 pts) mais également de la prise de corticoïdes qui potentialise le risque d'ostéochimionécrose, sans concertation avec l'oncologue (4 pts)
- Le processus infectieux a été favorisée par un traitement au long cours par hydrocortisone et la trépanation des dents 22 et 23 constituant une porte d'entrée bactérienne (4 pts)

Question 4

1 - Antibiothérapie curative à large spectre Augmentin® : association amoxicilline 1g et acide clavulanique 62,5 mg x 3 par jour (4 pts) pendant au moins 3 semaines (4 pts) (en l'absence d'allergie).

Allergie : clindamycine (600 mg) et métronidazole (500 mg) x 3 par jour (4 pts)

2 – Contacter l'oncologue (ou le médecin traitant). Suspension si possible des traitements par Sorafénib jusqu'à cicatrisation muqueuse (1 mois) (4 pts) et Xgeva® jusqu'à cicatrisation osseuse (3 mois) (4 pts). Délais avant l'intervention ??? (1 pt)

Evaluer avec lui le risque de décompensation surrénalienne et la nécessité d'augmenter les AIS avant le geste. (1 pt)

3 - Prescription d'un bilan biologique pré-opératoire :

NFS – plaquettes (recherche d'une thrombopénie ou d'une neutropénie) (1pt)

Bilan de coagulation (TP / TCA) (1 pt)

Bilan hépatique → Carcinome hépatocellulaire (1 pt)

4 – Explication des modalités et des risques liés à l'intervention mais également en l'absence de geste local (risque de communication bucco-naso-sinusienne, défaut de cicatrisation, risque infectieux +++) ... (4 pts)

5 - Avec antibiothérapie et sous anesthésie locale : avulsions de 22 et 23 + séquestrectomie (2 pts). Prélèvements bactériologiques pour réalisation d'un antibiogramme et adaptation de l'antibiothérapie. (2 pts). Contrôle histologique du séquestre osseux (confirmation diagnostic d'ONM et exclusion d'une métastase osseuse du carcinome hépato-cellulaire primaire (5 pts).

6 – Surveillance clinique et radiologique rapprochée pendant minimum 6 mois. (2 pts)

=> **ZAQ** si simple surveillance ou geste effectué d'emblée (sans précaution)

Question 5

- Le patient doit bénéficier d'une remise en état de la cavité buccale pour limiter le risque d'ostéochimionécrose en cas de reprise du Déno-sumab et la poursuite du Sorafénib (4 pts)
- Deux visites de contrôles par an avec détartrage sont requises en parallèle de son suivi oncologique (2 pts)
- La prothèse dentaire pour remplacer les dents absentes ne doit induire aucun traumatisme muqueux (2 pts)
- Tout geste osseux nécessite une concertation avec l'oncologue pour prévoir une éventuelle suspension des traitements à risque d'ostéonécrose (2 pts)

Bibliographie :

Dupic G, Collangettes D, Dillies A-F, Calvet L, Tournilhac O, Bay J-O, *et al.* Ostéonécrose des maxillaires liée aux bisphosphonates et denosumab : épidémiologie, diagnostic et traitement. *Bulletin du Cancer*. 2015 ; 102 (12) : 1010–9.

Khan AA, *et al.* Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw : a systematic review and international consensus. *J Bone Miner Res*. 2015 ; 30 (1) : 3–23.

Khan AA *et al.* Case-Based Review of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) and Application of the International Recommendations for Management From the International Task Force on ONJ. *J Clin Densitom*. 2017 ; 20(1) : 8-24.

SFSCMFCO. Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques) Recommandations de Bonne Pratique, juillet 2013. <http://www.sfscmfco.fr/wp-content/uploads/2012/12/Reco-chirurgie-oromaxillofaciale-et-médicaments-antirésorbeurs...VF-juillet-2013.pdf>

Rédacteur : Dr Fabien Bornert

Lecteur : Pr Philippe Lesclous

Dernière mise à jour : 16/04/2019

Remarque et suggestions : fabien.bornert@chru-strasbourg.fr