

# EFFETS SECONDAIRES DES TRAITEMENTS ANTI- OSTEOPOROTIQUES

Véronique BREUIL – Christian ROUX

# ONM ET BISPHOSPHONATES - RAPPELS

- 2003 : 1<sup>ère</sup> description ONM

(Marx et al. 2003 *J Oral Maxillo-fac Surg*)

- Définition :

- ◆ BP
- ◆ Exposition osseuse > 8 semaines
- ◆ absence de RP
- ◆ Absence de MO ou Myelome

- Pas de traitement curatif, évolution imprévisible.

- Recommandations :

- ◆ Afssaps 2007
- ◆ ADA 2007, 2011
- ◆ SFSCMFCO, SFCO 2012, 2013



# PRÉVALENCE

- Bénin ≠ malin !
- BP oraux : bénin
  - ◆ 0,001 % à 0,1 %
  - ◆ Durée de traitement
    - > 4 ans : 0.21%
    - < 4 ans : 0.004%
    - Possible < 2 ans
    - RR = 2 si > 2 ans ; RR=5 si > 5 ans
- BP IV : bénin
  - Risque faible
  - Horizon : 7765 femmes ménopausées
  - 1 cas d'ONM dans chaque groupe
  - Étude restrospective 127 femmes -  
IBD : 0 cas

# RECOMMENDATION :

## American Dental Association Council on Scientific Affairs

« Discontinuation of antiresorptive therapy should be a medical decision based primarily upon the risk for skeletally related events (e.g. fractures) secondary to low bone density, NOT the potential risk of AR ONJ »

# FACTEURS DE RISQUE

- Facteurs de risques :
  - ◆ Durée de traitement ++++
  - ◆ Diabète , tabac, corticoïdes, obésité, maladie systémique inflammatoire
  - ◆ Sexe (femmes), âge
  - ◆ Mauvais état bucco-dentaire, extractions, traumatismes prothétiques, parodontopathies.

# VOUS POSEZ L'INDICATION D'UN TRAITEMENT PAR BISPHOSPHONATES ORAUX QUE FAITES-VOUS ?

- Faut-il l'envoyer chez le dentiste ?
  - ◆ Recommandations 2012



- 39 À l'instauration d'un traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication), il est recommandé de pratiquer un bilan bucco-dentaire (CR).
- 40 Il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD avant traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication) (APF).

*FIBD : foyer infectieux bucco-dentaire*

*CR : accord professionnel avec consensus relatif*

*APF : accord professionnel fort*

- Chez un patient traité par BPs pour une ostéoporose, le risque d'ONM est faible et tous les soins dentaires ou parodontaux doivent être réalisés comme en population générale, le risque d'ONM étant très inférieur au risque de ne pas réaliser les soins dentaires nécessaires chez ces patients.
- Les traitements non chirurgicaux doivent être privilégiés en première intention et un suivi régulier instauré.

# RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO FACIALE

Implantologie et bisphosphonates

15 septembre 2012

([sfscmf.fr](http://sfscmf.fr), Congrès 2012, Recommandations)



Société Française de Stomatologie  
Chirurgie Maxillo Faciale  
et Chirurgie Orale

Sfscmfco.fr

2012

Les données de la littérature ne permettent pas d'apporter des conclusions basées sur un fort niveau de preuve (absence d'études randomisées à ce jour et absence de suivi à long terme). Elles ne permettent pas d'analyser précisément les co-facteurs de risque, l'impact des différentes techniques implantaire et l'impact des techniques d'augmentation osseuse sur le risque d'ONM et le succès implantaire.

Toutefois, les études apportent quelques informations préliminaires utiles sur le pronostic implantaire :

→ Les données analysées montrent, chez les patients traités par BPs oraux, des taux de succès implantaire comparables à ceux obtenus chez des patients non traités, sur de courtes périodes de suivi. Ces résultats favorables sont toutefois à interpréter avec prudence du fait des importantes limites méthodologiques des études et des biais potentiels associés.

→ Des échecs précoces d'intégration sont attribués à l'acte chirurgical proprement dit, et des échecs tardifs d'implants déjà ostéointégrés, ont été rapportés.

→ Des données à long terme (au-delà de 4 ans), aujourd'hui manquantes, et des études prospectives contrôlées supplémentaires sont nécessaires pour étayer ces premiers résultats.

# RECOMMANDATIONS DE LA SFS CMF 2012

## Grade C

La pose d'implants est possible chez les patients ayant une ostéoporose traitée par BPs oraux, après une évaluation rigoureuse du risque.

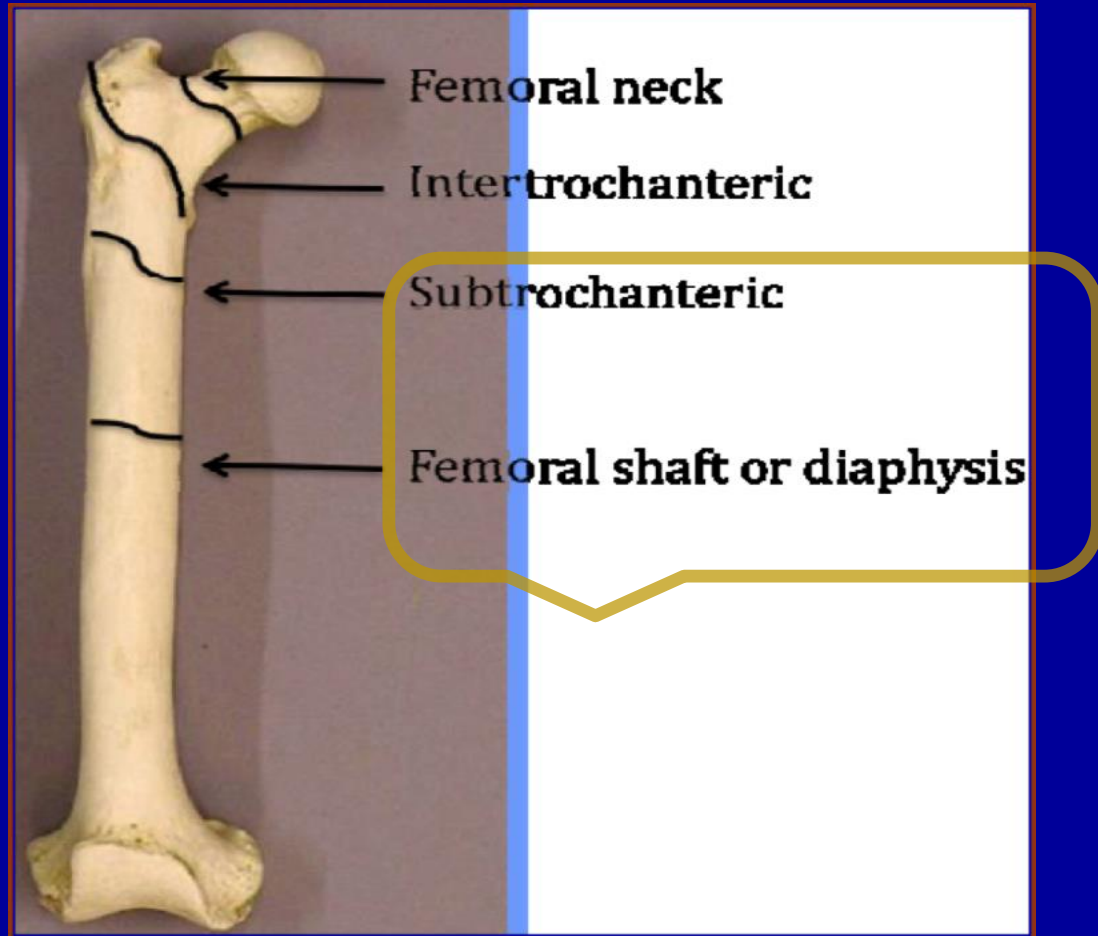
## AE

La pose d'implants est possible chez les patients ayant une ostéoporose traitée par BPs IV, après une évaluation rigoureuse du risque.  
Il est important d'informer le patient de l'absence actuelle de données concernant les risques associés à la pose d'implants dentaires chez les patients traités par BPs IV pour pathologie osseuse bénigne.

## AE

Il n'est pas recommandé d'interrompre temporairement le traitement par BPs, avant et/ou après la pose d'un implant. Dans tous les cas, aucune modification de traitement ne doit être envisagée sans une concertation préalable avec le médecin prescripteur.

# Fractures atypiques du fémur



# FRACTURES ATYPIQUES

## ◆ Major criteria (obligatory):

- Associated with no trauma or minimal trauma, as in a fall from a standing height or less
- Located anywhere along the femur from just distal to the lesser trochanter to just proximal to the supracondylar flare
- Transverse or short oblique configuration
- Non-comminuted

## ◆ Exclusions:

- Bone tumours
- Periprosthetic fracture

## ◆ Minor criteria (not required):

- Periosteal reaction of the lateral cortex / cortical thickening
- Medial spike;
- Bilateral
- Prodromal pain
- Delayed healing



ORIGINAL ARTICLE

## Bisphosphonate Use and Atypical Fractures of the Femoral Shaft

Jörg Schilcher, M.D., Karl Michaëlsson, M.D., Ph.D.,  
and Per Aspenberg, M.D., Ph.D.

- Suède – toutes les Femmes  $\geq$  55 ans
  - ◆ 83311 traitées par bisphosphonates
  - ◆ 12777 fractures fémur en 2008
  - ◆ 1271 fracture subtrochantérienne ou diaphyse
    - Relecture de 1234 radios
    - 59 fractures atypiques « stress fractures »
    - Données sur les traitements et co-morbidités
    - 59 cas comparés à 263 contrôles ayant des fractures non atypiques sur le même site

Schilcher J et al. *N Engl J Med.* 2011;364:1728-37.

**Table 1.** Risk of Atypical Femoral Fracture Associated with Bisphosphonate Use during the 3 Years (2005–2008) Preceding the Fracture.\*

| Variable            | No. of Women | Cases of Atypical Fracture     |                              | Age-Adjusted Relative Risk (95% CI) | Age-Adjusted Absolute Risk (95% CI) |
|---------------------|--------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                     |              | No. of Atypical Fracture Cases | Crude Incidence              |                                     |                                     |
|                     |              |                                | <i>no./10,000 patient-yr</i> |                                     |                                     |
| Bisphosphonate use  |              |                                |                              |                                     |                                     |
| Never               | 1, 437,820   | 13                             | 0.09                         | 1.0 (reference)                     |                                     |
| Ever                | 83,311       | 46                             | 5.5                          | 47.3 (25.6–87.3)                    | 0.0005 (0.0004–0.0007)              |
| Duration of use     |              |                                |                              |                                     |                                     |
| <1.0 yr             | 15,672       | 3                              | 1.9                          | 18.4 (5.3–64.3)                     | 0.0002 (0.0000–0.0004)              |
| 1.0–1.9 yr          | 21,406       | 4                              | 1.9                          | 17.0 (5.7–50.7)                     | 0.0002 (0.0000–0.0004)              |
| ≥2.0 yr             | 46,233       | 39                             | 8.4                          | 67.0 (35.8–125.8)                   | 0.0008 (0.0006–0.0011)              |
| Time since last use |              |                                |                              |                                     |                                     |
| <1.0 yr             | 83,311       | 42                             | 5.0                          | 42.9 (22.9–80.4)                    | 0.0005 (0.0004–0.0007)              |
| 1.0–1.9 yr          | 70,036       | 1                              | 0.1                          | 3.5 (1.0–11.9)                      | <0.0001 (0.0000–0.0000)             |
| ≥2.0 yr             | 75,583       | 3                              | 0.4                          | 3.2 (1.0–10.1)                      | <0.0001 (0.0000–0.0001)             |

\* CI denotes confidence interval.

# Fractures atypiques

- Risque absolu de fracture atypique: 5/10 000 patients années
- Traitement par BPs: 78% dans fractures atypiques  
10% dans fractures non atypiques du fémur
- Risque de fracture atypique indépendant
  - ◆ Traitements : CTCD, estrogènes, SERMs, antidépresseurs, anti-épileptiques, IPP
  - ◆ ATCD : fracture, fracture OP, inflammation, cardiovasculaire, diabète etc..
- Risque lié à la durée du traitement par BPs : OR pour 100 prises quotidiennes 1.3 (IC 1.1-1.6)
- A l'arrêt du traitement par BPs : diminution du risque de 70%/an

↑de la prévalence de fractures atypiques sous BPs  
mais risque absolu de fracture faible

# FRACTURES ATYPIQUES

- Geneve, analyse rétrospective
  - 1999-2010
  - Incidence : 32 par million patient-années

*Meier RPH et al, Arch Int Med 2012*

- Portland, USA, analyse rétrospective
  - Revue de 81 cas en 11 ans
  - durée du traitement 9 ans (1,5-15)
  - Prodromes 77 % des cas - durée 9 mois (1-24)

*Schneider JP et al, J Clin Endocrinol Metab 2012*