

Traitement à l'ozone de l'ostéonécrose maxillaire supérieure associée aux bisphosphonates. Compte rendu d'un cas.

Introduction

La nécrose vasculaire ou ostéonécrose est une maladie qui apparaît lors de la perte momentanée ou définitive de l'irrigation trabéculaire. En absence de sang, l'os meurt et se nécrose.

Cette maladie est connue sous le nom d'ostéonécrose, nécrose aseptique ou nécrose par manque d'irrigation.

Il existe plusieurs causes qui génèrent la nécrose vasculaire :

Alcoolisme, abus de stéroïdes, syndrome de décompression, compression vasculaire, hypertension, vascularités, thromboses, irradiation, anémie falciforme, maladie de Gaucher. Dans certains cas elle est idiopathique et les rhumatismes arthritiques et lupus sont certaines des causes possibles.

Il est vrai que cette pathologie n'était pas commune dans nos cliniques. Actuellement, elle est protagoniste de complications quotidiennes dans les cas d'ostéonécrose associées aux bisphosphonates. Ces médicaments sont utilisés pour traiter les maladies de réabsorptions osseuses, comme l'ostéoporose et les cancers osseux, avec ou sans calcémies, associées au cancer du sein et de la prostate. Compte tenu de l'efficacité du traitement, les bisphosphonates sont prescrits pour toutes les maladies provoquant une fragilité osseuse.

Sur cette complication, il n'existe aucun protocole concret relatif à la prévention où à son traitement.

Il paraît fondamental de retirer les bisphosphonates quelques mois avant toute intervention. Ceci accompagné d'antibiotique pré et post-traitement, d'une parfaite hygiène buccale avec utilisation d'un collutoire de type chlorhexidine, sont la base pour la prévention et le contrôle de cette pathologie.

Toutes ces précautions n'éliminent pas entièrement le risque d'apparition de cette complication et les variantes de formes, d'extensions, des tissus affectés, ce qui nous empêche pour l'instant de généraliser un traitement.

Le traitement le plus connu consiste en une utilisation combinée d'antibiotiques et de chirurgie de la masse osseuse.

Depuis quelques années, on a commencé à rechercher des solutions plus efficaces et moins agressives. La thérapie hyper barrique paraît être une solution, cependant le manque d'infrastructures disponibles fait que son accès est difficile.

La solution du laser a été vue comme une voie de traitement, pendant que d'autres ont commencé à utiliser l'ozone, même au travers d'huiles ozonisées.

L'ozone est un gaz très instable, difficile à manipuler et à conserver. De fait, il convient de l'utiliser dès sa production. Ses effets ne sont pas inconnus, nous savons qu'il augmente l'oxygénation sanguine, qu'il est bactéricide, fongicide et virucide, qu'il diminue l'agrégation plaquettaire, qu'il est anti-inflammatoire et stimule le système réticulo-endothélial.

Depuis quelques temps, en odontostomatologie, il s'utilise en donnant de très bons résultats en endodontie, périodontie, chirurgie et odontologie conservatrice. L'ozone produit à travers des décharges électriques générées par HealOzone (Kavo, Biberach, Allemagne), d'application immédiate et localisée, est très bien documentée, cependant l'utilisation de ce dispositif n'a jamais été formalisée dans les cas d'un traitement d'ostéonécrose. Sachant la capacité de ce gaz, nous nous sommes proposés de traiter un cas clinique de cette pathologie.

Cas clinique

Au mois d'octobre 2010, une patiente de 57 ans vient à notre clinique.

Depuis 10 ans, elle a une prothèse mixte supérieure, qui commence à présenter quelques problèmes. La première option est de retirer définitivement cette prothèse (Fig. 1).

L'histoire clinique de la patiente limite le traitement : fumeuse, opérée d'un cancer du sein, psychologiquement affectée par des problèmes de famille et un traitement à base de bisphosphonates en prise orale depuis 8 ans.

Nous expliquons à la patiente les possibles complications qui peuvent surgir en conséquence de l'extraction des pièces restantes. Elle souhaite une prothèse implanto-supportée fixe.

Elle prend rendez-vous avec son oncologue, pour envisager la possibilité de stopper l'absorption de bisphosphonates durant au moins 6 mois et d'arrêter de fumer. Clause sine qua non acceptées.

Six mois plus tard, nous procédons à l'exodontie des 6 pièces restantes et à la mise en place de 6 implants post extraction.

Trois jours avant l'intervention, la patiente est pré-médicamentée avec amoxiciline-clavulanique 500/125 et elle utilise un collutoire de chlorhexidine. Elle suivra ce traitement les dix jours postérieurs à l'intervention, indépendamment des complications qui ont pu surgir.

Quelques-unes des pièces à extraire présentent des signes d'ankylose. Pour faciliter les extractions, nous utilisons les ultrasons (Fig. 2, 3). Nous plaçons 6 implants Frontier (GMI, Ilerimplant, Spain) aux positions 16, 14, 12, 22, 24 et 26 (Fig. 4, 5).

Le postopératoire immédiat se déroule normalement.

72 heures après, on observe une lésion au niveau des pièces 12 et 13 (Fig. 6) avec une légère douleur au toucher et une exposition osseuse. Au bout d'une semaine, après avoir enlevé les points de suture, nous observons que la lésion

a augmenté. Nous commençons donc le traitement à base d'ozone. Nous choisissons des coupelles d'un diamètre supérieur à la lésion, afin de pouvoir traiter une superficie plus grande que la zone infectée et nous réalisons toutes les 48 heures une application de 3 à 4 minutes (Fig.

DOCTEUR VICENTE FERRER PÉREZ

- Diplômé d'Odontologie de l'Université de Murcia (Murcia-Espagne) en 1997.
- Spécialiste en Implantologie, Implantoprothèse et Périodontie à l'Université de Murcia (Murcia-Espagne).

- Professeur associé au département d'odontologie intégré de l'adulte de la Faculté d'Odontologie, Université de Murcia (Murcia-Espagne).

- Professeur du Master d'implantologie, Université de Murcia (Murcia-Espagne).

- Chef d'opinion de Global Medical Implant (GMI).

Email: dr.ferrerperez@gmail.com

