

POSTER

Intérêt du laser Nd : Yap dans la prise en charge d'une ostéonécrose sévère des maxillaires chez une patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde.

Javelot MJ¹, Mauprivez C^{1,2}, Culot JB¹, Agbo-Godeau S³, Goudot P³, Azérad J^{1,2}, Lescaille G^{1,2}, Ruhin B³.

1. Service d'Odontologie - Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière - 47-83 Boulevard de l'Hôpital, Paris, FRANCE

2. UFR d'Odontologie, Université Paris-Diderot, 6 rue Garancière, Paris, FRANCE

3. Service d'Odontologie et de chirurgie maxillo-faciale - Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière - 47-83 Boulevard de l'Hôpital, Paris, FRANCE

Les ostéonécroses des maxillaires (ONM) sont des complications connues des traitements par bisphosphonate notamment lorsqu'ils sont administrés par voie IV dans des indications malignes. Il existe toutefois des cas d'ONM chez des patients traités dans des indications bénignes avec des prises per os. Il a été rapporté que la polyarthrite rhumatoïde (PR), notamment du fait des traitements immunosuppresseurs, pourrait en représenter un facteur de risque (Lescaille et al. 2013). Le rituximab ainsi que les anti-TNF sont connus pour perturber la cicatrisation et le rituximab a été récemment impliqué dans la survenue d'ONM. La prise en charge de ces ONM est complexe, et la chirurgie orale ne permet pas toujours d'aboutir à une cicatrisation complète. Le laser de faible puissance (LLLT) a montré des résultats dans ces indications, et est connu pour ses capacités anti-inflammatoires notamment dans les mucites.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 69 ans, atteinte de PR sévère, destructrice et déformante, diagnostiquée en 1990. En 2010, la patiente a été adressée au service d'Odontologie et de chirurgie maxillo-faciale de la Pitié-Salpêtrière après un épisode de stomatite ulcéro-nécrotique, pour laquelle elle a reçu un traitement d'antibiothérapie (amoxicilline 2g/j en association au metronidazole 500mg 3x/j) et antalgique ainsi qu'un débridement local. Après quelques semaines, la patiente a alors présenté une ONM sévère en présentant une rétraction gingivale avec exposition osseuse d'environ 5mm sur l'ensemble des collets dentaires des secteurs 1 et 2, ainsi qu'une exposition osseuse

en lingual de 46. L'ONM était alors gênante, mais sans signe de surinfection. La patiente était alors traitée par Arava[®] (léflunomide), anti-CD20 (Mabthera[®] rituximab), et corticothérapie au long cours, ainsi qu'actonel[®] (risédronate) depuis 5 ans.

Au diagnostic, les traitements par actonel et rituximab ont alors été stoppés. L'examen radiologique (CBCT) ne montrant pas d'image de séquestre, et compte tenu de l'extension de l'exposition osseuse à tout le maxillaire, nous avons décidé d'entreprendre un traitement local au laser Nd :YAP. La patiente a bénéficié de séances laser LLLT dès le début de la prise en charge avec une fibre de 320nm, défocalisée à 0.4cm, avec une affluence de 11293mJ/cm². Les séances ont eu lieu deux fois/semaine pendant 2 mois, puis d'une séance tous les 15j pendant 6 mois, puis une fois par mois pendant un an. Par ailleurs, un traitement par teriparatide (forsteo[®]) a été prescrit par le rhumatologue pendant 11 mois 3 mois après le diagnostic d'ostéonécrose. Devant l'absence d'amélioration et compte tenu du contexte, les séances de laser ont continué. En décembre 2012, soit plus d'un an après l'arrêt du forsteo[®] et 2 ans après l'apparition de l'ONM, une cicatrisation complète a été observée.

JAVELOT Marie-José
javelotiz2@gmail.com