

## POSTER

### À propos d'une ostéite des maxillaires

**Mondoloni M, Guyon A, Rochefort J, Descroix V, Lescaille G**

Service odontologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière

UFR d'odontologie de l'université Paris 7-Paris Diderot

#### *Introduction*

Les ostéites sont d'origine variée et peuvent être parfois induites par des traitements médicamenteux. Ainsi, les ostéonécroses des maxillaires sont des répercussions connues des traitements par anti-résorbeurs osseux (bisphosphonates, denosumab) ou encore induites par un antécédent de radiothérapie cervico-faciale. En dehors de ces étiologies, les ostéites peuvent être en lien avec une infection (spécifique ou non), notamment d'origine dentaire et/ou dans un contexte d'immunosuppression.

#### *Observation*

Une femme de 66 ans, atteinte de fibromyalgie et d'arthrose, traitée au long cours notamment par de la prégabaline, des antalgiques de palier 2 et des AINS, est adressée au service des urgences odontologiques de la Pitié Salpêtrière pour une cellulite géno-sous-mentale droite apparue récemment. L'examen clinique exobuccal révèle une tuméfaction sous mentale droite sans adénopathie associée. L'examen endobuccal révèle une muqueuse érythémateuse au niveau d'une zone de comblement du vestibule en regard de la 45, extraite il y a 2 mois, sans fluctuation. Une anesthésie labio-mentonnière était également présente depuis 3 mois. À l'examen radiologique, on notait sur le cone beam, un aspect nécrotique de l'os basilaire ainsi qu'une réaction périostée sans séquestre osseux clairement défini. Une antibiothérapie à large spectre a été instaurée (amoxicilline/acide clavulanique) avec une réduction des symptômes dès 24h. Une biopsie a été réalisée, complétée par des examens biologiques à la recherche notamment d'une immunodépression.

Depuis 4 mois, la patiente présentait un abcès périapical en regard de 45 répondant favorablement aux cures itératives d'antibiotiques mais récidivant systématiquement à 10 jours de l'arrêt de ces dernières. Devant la récurrence de l'abcès, de sa fistulisation et de l'échec du traitement endodontique, la 45 est avulsée sans réelle amélioration des symptômes (2 mois avant l'apparition de la cellulite).

L'anamnèse nous a permis d'exclure la prise antérieure de bisphosphonate.

Devant ce tableau clinique, plusieurs diagnostics sont à évoquer. Bien que les ostéonécroses en lien avec des traitements médicamenteux soient fréquemment observées, la possibilité de développer une ostéite chronique ne doit pas être écartée.

### *Conclusion*

L'attitude diagnostique du chirurgien oral doit pouvoir d'emblée proposer un certain nombre d'exams complémentaires afin d'écartier une lésion maligne ou un contexte d'immunodépression favorisant ce type de lésion après exclusion de facteurs étiologiques connus.

### *Références*

[Etiologic diagnosis of jaw osteonecrosis, other than bisphosphonate and radiotherapy related osteitis].

Magremanne M, Picheca S, Reychler H.

Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2014 Feb;115(1):e1-7. doi: 10.1016/j.revsto.2013.12.010. Epub 2014 Jan 21. Review. French.

[Bisphosphonate and denosumab-related osteonecrosis of the jaw: Epidemiology, diagnosis and management].

Dupic G, Collangettes D, Dillies AF, Calvet L, Tournilhac O, Bay JO, Mahammedi H.

Bull Cancer. 2015 Nov 19. pii: S0007- 4551(15)00315-X. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.10.009. [Epub ahead of print] Review. French.