

SÉMIOLOGIE ET REPÈRES CLINIQUES EN RHUMATOLOGIE

Partie 1 : Présentation de la discipline et initiation à la pratique quotidienne

Définition rhumatologie : C'est une spécialité médicale qui concerne les maladies osseuses, articulaires, rachidiennes et les affections musculo-tendineuses. C'est tout ce qui touche à l'appareil musculo-squelettique.

Avant, le terme rhumatisme englobait toutes les pathologies articulaires sans préciser la cause. Maintenant on fait la distinction entre les différents rhumatismes :

- dégénératifs (arthrose),
- inflammatoires (maladies auto-immunes)
- micro-cristallins (goutte).

Rq : Le squelette et l'endroit où l'on agit le plus cliniquement dans cette spécialité.

Différentes zones où l'on peut agir :

- le rachis lombaire +++ (première cause de consultation et arrêt de travail) (ex : lombalgie → traitement par infiltration, kinésithérapie...)
- l'articulation qu'elle soit dégénérative (ex : arthrose) ou inflammatoire (auto-immun) (ex : polyarthrite rhumatoïde)
- muscle (ex : tendinite)
- l'os (ex : ostéoporose → traitement par des biphosphonates (ATTENTION : tjs faire un examen dentaire avant d'utiliser les biphosphonates))

Espace articulaire :

- cartilage (arthrose = disparition du cartilage)
- la membrane synoviale qui produit la synovie (arthrite = production exagérée de liquide synovial)

Espace abarticulaire :

- ligament (stabilité)
- tendon (action)



I. Importance de l'anatomie fonctionnelle

Pathologies (intra) articulaires :

- Du cartilage : ARTHROSE
- De la membrane synoviale (permet la **mobilité** de l'articulation) : ARTHRITE

Pathologies ab (extra) articulaires :

- Ligaments (permettent la **stabilité**)

- Tendons (permettent l'action d'un membre)

Rq : La capsule articulaire permet aussi la stabilité

II. Démarche diagnostique en rhumatologie

La démarche diagnostique est un interrogatoire des signes fonctionnels => **douleur et plainte**

Le motif de consultation est la **douleur**.

On recueille :

- Les signes **fonctionnels** : symptômes (DOULEUR), de quoi se plaint le patient (⇒ interrogatoire)
- Les signes **généraux** (fièvre, perte de poids) = signes d'alarme
- Les signes **physiques** ⇒ examen clinique/physique :
 - Inspection (déformation, gonflement...)
 - Palpation (siège précis de la douleur)
 - Mobilisation articulaire
 - Percussion
 - Auscultation dans le cadre de l'examen général du patient

A. Signes généraux = signes d'alarme:

Recherche d'une altération de l'état général (AEG) : les **3 A**

- **Anorexie**, dégoût de l'aliment
- **Asthénie** vespérale = fatigue qui apparaît le soir (≠ fatigue psychique = quand on est tout le temps fatigué, même le matin)
- **Amaigrissement** non volontaire (cancer ou infection grave)

Variation de la température corporelle : fièvre et hypothermie

Ces signes peuvent orienter le diagnostic vers une infection ou une tumeur, donc un patient fatigué, amaigri et fiévreux demande des examens supplémentaires.

1. Symptômes : signes fonctionnels articulaires

a) Douleur

- Mode de début : douleur installée brutalement ou progressivement
- Ancienneté des douleurs :
 - Aigüe (moins de 6 semaines)
 - Chronique (plus de 3 mois)
 - Subaigüe (de 6 semaines à 3 mois)
- Facteurs déclenchant, aggravant ou bénéfique
- Topographie :
 - Pour le rachis, on parle de :
 - cervicalgie (-> torticolis),
 - dorsalgie (zone médiane du dos)
 - lombalgie (-> sciatique).
 - Pour les articulations périphériques, on parle d'**arthralgie**
 - Douleur du genou = gonalgie
 - Douleurs au niveau du poignet, de la cheville...
 - Douleur hanche : douleur de l'aîne, cuisse, "genou"
 - Douleur épaule : "bras"

Il faut se méfier lorsque des patients décrivent des douleurs au niveau de la hanche car cela peut être pris à tort pour une hernie ou une pathologie digestive alors que le problème vient de l'articulation coxo-fémorale. Ces douleurs peuvent aussi irradier jusque dans la cuisse et le genou. De même pour l'épaule, le patient va se plaindre d'une douleur au bras sans forcément réussir à cibler l'épaule, cela nécessite donc un examen rigoureux.

- Intensité : mesure de la douleur grâce à une **échelle visuelle analogique (EVA)**, le patient place le curseur pour "côter" la douleur ressentie.
- Rythme (+++) : **douleur de rythme mécanique** (ex : courbatures) / **inflammatoire** (ex : polyarthrite).

Rythme mécanique	Rythme inflammatoire
Pas de réveil nocturne	Réveils nocturnes fréquents
Pas de dérouillage matinal	Dérouillage matinal prolongé (> 30 min)
Aggravé par l'activité	Amélioré par l'activité
Principalement en fin de journée	Principalement matinal

- Nombre d'articulation(s) douloureuse(s) :
 - ◆ **Mono**articulaire (= 1 articulation touchée)
 - ◆ **Oligo**articulaire (1 à 3)
 - ◆ **Poly**articulaire (4 ou plus)
- Type : permet un diagnostic mais aussi un guidage thérapeutique
 - ◆ Douleurs **nociceptives** :
 - × due à un excès de stimulation des fibres lié à la sensibilisation thermo-algique, lié à un geste local (fracture), (douleur qui part de l'endroit où l'on a mal sur le corps et qui « remonte » jusqu'au cerveau, ex : lorsque l'on pose sa main sur une plaque chauffante)
 - ◆ Douleurs **neuropathiques** :
 - × Paresthésie
 - × Description « riche » (capacité de bien décrire le trajet de la douleur et qui est évocateur d'une topographie bien systématisé dans une pathologie, ex : sciatique)
 - × Territoire neurologique connu

⇒ Conséquences diagnostic et thérapeutiques

Excès de Nociception	Neurogène/Neuropathie
<ul style="list-style-type: none"> • Témoigne d'une lésion d'un organe (ex : hématoxe) • Reproduite à la pression de la zone lésionnelle • Pas d'anomalie de l'examen neuro • Pas de paresthésie (=fourmillements, brûlures, engourdissements) 	<ul style="list-style-type: none"> • Témoigne de la souffrance d'un nerf • Reproduit à la mise en tension d'une structure nerveuse (ex : percussion avec un marteau) • Dynesthésie → hypo, hyper, allodynie • Paresthésie +++

- Facteurs d'aggravation (marche, activité physique...) / soulagement (repos, prise de médicaments...)
- Retentissement fonctionnel (+++) :
 - o personnes jeunes : Sont-ils en arrêt de travail ? La douleur se prolonge-t-elle ?

- o personnes plus âgées : Marchent-ils correctement ? Avec ou sans déambulateur ? Peuvent-ils encore manger seuls, se coiffer, s'habiller ?
- ex : comparaison entre la grand-mère qui ne veut pas être opérée de la hanche car des gens viennent la promener dans son fauteuil et le sportif de haut niveau qui veut l'être pour pouvoir continuer son sport

b) Mobilité

- Instabilité, dérobements : l'articulation fait des mouvements extrêmes anormaux (ex : atteinte des ligaments croisés)
- Blocage (ex : atteinte méniscale)
- Raideur de l'articulation : l'amplitude articulaire est réduite et douleur associée
- Impotence fonctionnelle : le patient ne peut plus se servir, par exemple, de son poignet.

2. Signes physiques



On inspecte dans la symétrie du corps :

- Les **os** : tuméfaction, déformation ex : arthrose digitale en lien avec un travail manuel
- Les **muscles** : tuméfaction, amyotrophie (= diminution du volume du muscle)

Inspection des signes **extra-articulaire** :

- La **peau** : dermatose, nodules sous cutanés
 - ◆ Certains problèmes de peau sont associés à des rhumatismes.
 - ◆ Dermatose (ici Psoriasis) : maladie inflammatoire (donc gonflement) de la peau qui peut atteindre les coudes, les genoux... Peut aussi donner une atteinte palmo-plantaire ou au niveau des ongles.
 - ◆ Sclérodémie (= on ne peut pas pincer la peau au-dessus des doigts)



- ◆ Acné

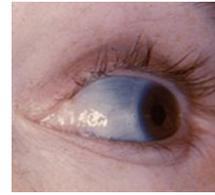


- **Nodules** : il en existe 2 types :
 - o Nodules rhumatoïdes : surviennent chez des patients qui ont une polyarthrite rhumatoïde.
 - o Tophus goutteux : dépôt d'urate de sodium dans les articulations chez les « bons vivants », crise douloureuse.



- les **yeux** :

- ◆ conjonctivite
- ◆ Sclérotite bleu



- Dentinogénèse imparfaite (peut être associé à une sclérotite bleu)

- Syndrome de Fiessinger :

- × conjonctivite
- × urétrite
- × spondylarthrite ankylosante (arthrite)

Syndrome SAPHO :

- × Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose, Ostéite

Inspection des signes **articulaires** :

- Déformation articulaire :

- ◆ Attitude antalgique (ex : est ce qu'il tient son poignet ?)
- ◆ Luxation/subluxation
- ◆ Gonflement
- ◆ Épanchement (= présence de liquide dans l'articulation) ou hypertrophie de la membrane synoviale (mou au toucher)
- ◆ Hypertrophie osseuse (dur au toucher)

*Gonflement : effacement des reliefs osseux, des tendons et des nerfs.

- Déformation (-> polyarthrite rhumatoïde) : inflammation de la membrane synoviale qui détruit l'articulation (destruction du cartilage) et entraîne des déviations. On appelle ça un coup de vent ulnaire.



- Déformation (-> arthrose digitale) : articulations distales se déforment. (en lien avec un métier manuel)



- Déformation/gonflement (-> synovite) : forme un petit coussinet mou dû à l'hypertrophie de la synoviale.



- Inflammation : gonflé, rouge et chaud. S'il y a raideur on peut parler d'arthrite.

- Dactylite : orteil en knacki.



- Gonflement : au niveau de l'épaule, l'articulation est remplie de liquide.



3. Examen articulaire

- Reproduire la **douleur spontanée** :
 - o À la palpation
 - o À la mobilisation. Permet de voir si l'amplitude est diminuée ou non.



Signe du **"choc rotulien"** : on rapproche les mains autour de la rotule, on appuie et s'il y a du liquide la rotule va flotter.

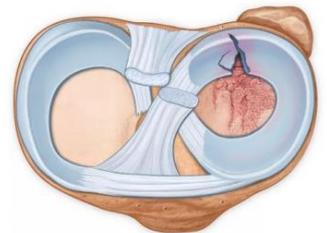
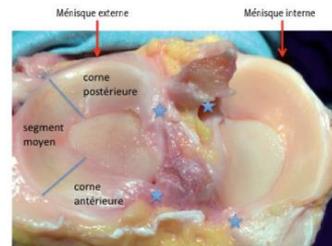
Il faut toujours faire une ponction de liquide s'il y a un gonflement d'une articulation. On retire le liquide (parfois jusqu'à 100 ml) pour soulager le patient **et on fait analyser**. La ponction permet de faire et/ ou d'orienter le diagnostic.

Épanchement articulaire = ponction

- Analyser la **Mobilité articulaire** :
 - o Mobilité **passive** : l'examineur exerce le mouvement
 - o Mobilité **active** : l'examineur demande au patient de réaliser le mouvement

Atteinte méniscale : sensation de blocage et douleur à l'interligne articulaire, cri méniscale (le point douloureux) signes :

- gonflement
- épisode de blocage
- sensation de craquement
- douleur à la palpation
- atteinte tendineuse



a) Symptômes articulaires

i. Arthrose/Arthrite

Arthrose	Arthrite
<ul style="list-style-type: none"> ☐ Age > 50ans ☐ Début progressif (mois/années) ☐ Rythme mécanique (douleur à l'activité) ☐ Liquide synovial mécanique (peu de cellules dedans) ☐ Pas d'inflammation biologique 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Age < 50 ans ☐ Début brutal ☐ Rythme inflammatoire (raideur matinale) ☐ Liquide synoviale inflammatoire (souvent beaucoup de liquide riche en cellules) ☐ Syndrome inflammatoire biologique
*Dégénératif, sorte d'usure de cartilage	

ii. Atteinte méniscale

(C'est plutôt une pathologie traumatique du sportif) :

Ménisque : protège le cartilage grâce à une action d'amortisseur.

On observe :

- Douleur reproduite à la palpation en regard du ménisque.
- Épisodes de blocage : le ménisque peut se fissurer ou se casser en deux, on va alors avoir un segment mobile qui va bouger dans le genou et qui peut "se coincer".

b) Symptômes ab-articulaire

1) Atteinte tendineuse = **triade tendineuse** :

- Douleur reproduite à la palpation de l'insertion du tendon
- Douleur reproduite lors de la contraction musculaire contre résistance (mise en tension des muscles)
- Douleur reproduite à l'étirement du muscle et de son tendon (ex : épicondylite)

2) Atteinte ligamentaire :

- Douleur reproduite à la **palpation** de l'insertion du ligament
- Douleur reproduite à l'**étirement** de l'insertion du ligament
- Instabilité si rupture totale ou partielle des fibres ligamentaires puisque le ligament maintient 2 structures osseuse (ce n'est pas une énorme douleur)

4) En cas de gonflement

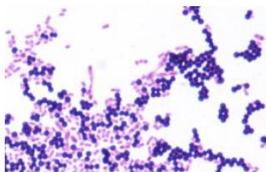
→ On réalise une ponction :

Lors d'une ponction, on recherche des cellules inflammatoires, des bactéries et des cristaux de goutte. Quel que soit le délai, le moment, il faut réaliser une ponction. Permet d'orienter le diagnostic.



Gonflement articulaire ⇒ ponction

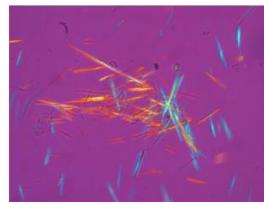
Bactériologie



Numération



Cristaux



Liquide Mécanique	Liquide Inflammatoire
Citrin, Visqueux Cellularité < 2000/mm ³	Trouble, Fluide Cellularité > 2000/mm ³

→ Pourquoi ponctionner ?

◆ **Arthrite septique**

- Bactéries : Staphylococcus > Streptococcus > BGN
- Mycobactéries (tuberculose)
- Autres : candida spp

Maladie **infectieuse**, donc c'est le cas le plus grave.

◆ **Arthrite microcristalline**

C'est un problème de micro-cristaux dans l'articulation, qui déclenche une **réaction inflammatoire** donc une articulation très rouge, chaude et gonflée.

On distingue les différents types en fonction des cristaux :

- Cristaux d'urate de sodium ⇒ goutte (touche plutôt les bons vivants, homme de 50 ans), cristaux en bâtonnets fins comme des aiguilles.
- Cristaux de pyrophosphates de calcium ⇒ chondrocalcinose (personne âgée de plus de 70-75 ans plutôt femme), les cristaux sont courts et carrés.
- Cristaux d'hydroxyapatite (responsable de calcifications), femme jeune de 30 ans.

◆ **Arthrite rhumatismale**

- Polyarthrite rhumatoïde
- spondylarthropathies

→ pathologies **inflammatoires chroniques**

Différences PR / SPA :

<u>Polyarthrite Rhumatoïde</u>	<u>Spondylarthropathies</u>
Atteinte <i>synoviale</i>	Atteinte <i>enthèse</i>
Femme (4/1)	Homme (2/1)
30 à 50 ans	20 à 40 ans
	HLA B27
Polyarthrite distale symétrique (<i>poignet, MCP et IPP</i>)	Lombo-fessalgies Oligoarthrite asymétrique
Destruction articulaire	ankylose

*enthèse = zone de transition entre le tendon et l'os ; zone d'ancrage précise sur l'os.

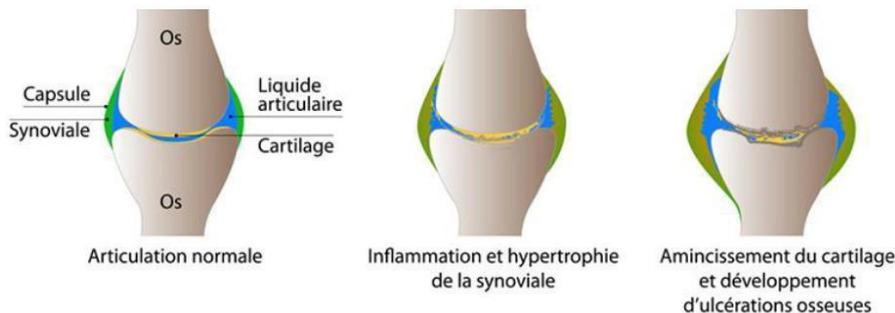
*ankylose = toute les enthèses s'ossifient donc par exemple tout le dos ne bouge plus, et déformation.

Partie 2 : Pathologie rhumatologique et dentaire

I. Pathologies articulaires

a) Polyarthrite rhumatoïde :

- L'inflammation libère des médiateurs qui vont "grignoter" le cartilage et en provoquer l'amincissement.
- Touche 0.3% de la population française.
- C'est une maladie auto-immune : développement d'auto-anticorps qui vont entraîner une inflammation de la synoviale et une destruction de l'articulation ⇒ atteinte initiale de la synoviale [SEP]



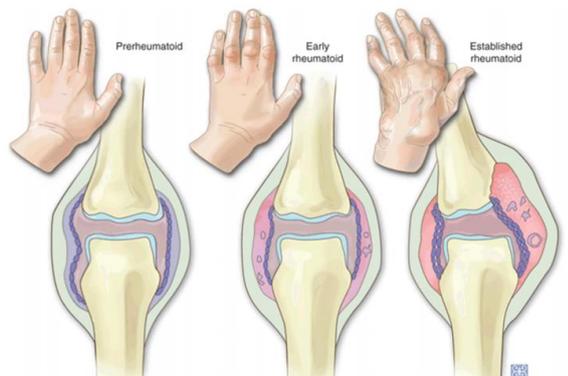
Il en existe 2 :

- Facteurs rhumatoïdes.
- Anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA).

C'est l'inflammation de la synoviale (⇒ atteinte inflammatoire périphérique) qui finit par dégrader l'articulation ⇒ ce n'est pas une maladie du cartilage en tant que tel mais une atteinte périphérique qui va par la suite toucher le cartilage ⇒ destruction articulaire et ab-articulaire

Cette maladie commence par un épaississement de la membrane synoviale.

Ici la radiographie de la patiente montre des articulations complètement « grignotées », les surfaces osseuses ne sont pas « alignées », on peut également observer des encoches correspondant à des phénomènes d'érosion.



Dans la physiopathologie de cette pathologie, il y a des parodontopathies (qui peuvent être accentuées par des bactéries +++ → Porphyromonas gingivalis).

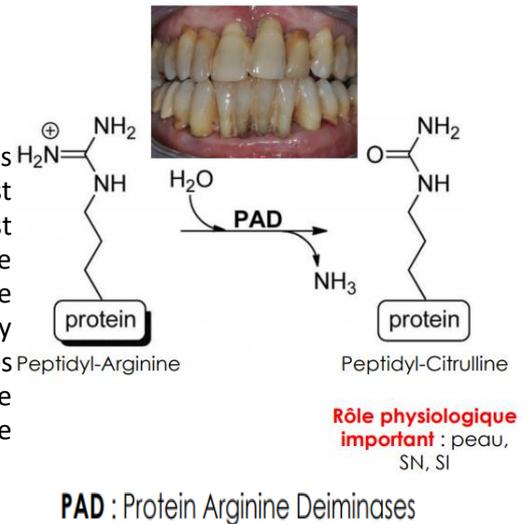
→ Polyarthrite rhumatoïde et parodontopathies

Induite par des bactéries

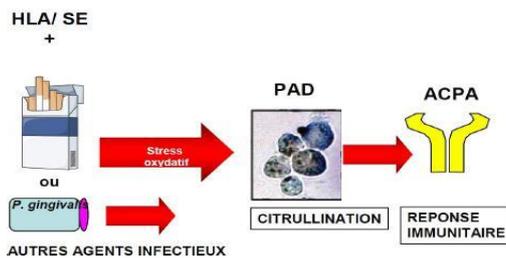
Parodontite chronique à *Porphyromonas gingivalis*

- o Peptidyl arginine Désaminase = excès de citrullination de certaines protéines

En odontologie on verra surtout des patients avec des polyarthrites rhumatoïdes (PR), notamment parce que la parodontite chronique est causée entre autre par la bactérie *Porphyromonas gingivalis* qui est associée au déclenchement de la PR. La bactérie va entraîner un excès de citrullination (réaction enzymatique), ce qui va aboutir à la création de peptides citrullinés que l'organisme va reconnaître comme étrangers. Il y aura alors création d'anticorps anti-peptides citrullinés (auto-anticorps ACPA mentionnés précédemment). Ces anticorps vont donc être responsables de la réaction inflammatoire et donc de l'inflammation de l'articulation et de sa destruction.



Donc les patients qui ont une parodontite chronique ont un risque supérieur de déclencher une PR. On sait aussi que si la prise en charge n'est pas suffisamment rapide, cela augmente la résistance au traitement par Méthotrexate (immuno-régulateur)



- En présence d'un terrain **génétique** prédisposé et de **facteurs environnementaux** (tabac, agents infectieux), l'enzyme peptidyl arginine deiminase (PAD) est activé
- PAD induit la **citrullination** des peptides.
- La reconnaissance de ces peptides citrullinés active **une réponse immunitaire T** dépendante avec activation des lymphocytes auto-réactifs producteurs des auto-anticorps ACPA.

Déclenchement de la maladie :

- Lien entre parodontopathie et développement de PR.
- Moins bonne réponse au traitement usuel (MTX).

Cercle vicieux : Risque accrue de développer une parodontite chez les patients atteints de PR :

- Difficultés au brossage (douleurs et donc difficultés pour tenir leur brosse à dent)
- Sécheresse buccale (comme le syndrome de Gougerot associé qui peut être source de pathologies)

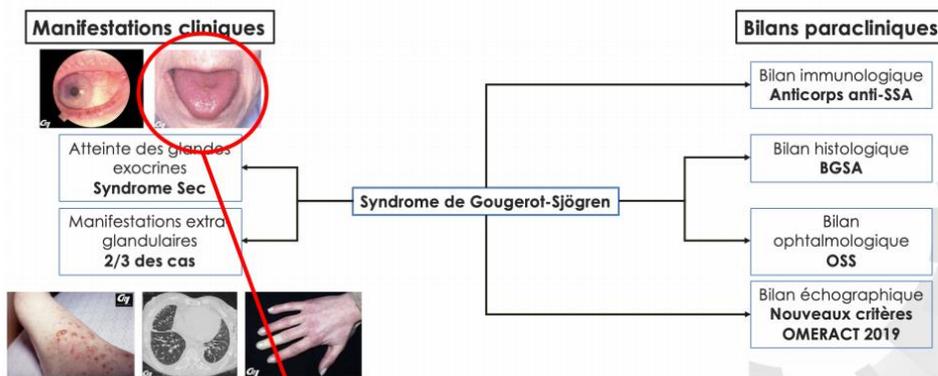
⇒ La parodontopathie peut déclencher une PR et une PR peut aider à déclencher une parodontopathie .

Diagnostique de la maladie :

- **Organisme prédisposé** (antécédents familiaux, ...)
- **environnement prédisposant** (toxiques dans l'environnement, alimentation,...)
- **facteur déclenchant** (ex : la vaccination déclenche certaines pathologie auto-immunes, mais c'est un facteur déclenchant qui doit être en lien avec les 2 autres facteurs, le perçage pour les boucles d'oreilles peut aussi être un facteur déclenchant car active une inflammation)

b) Syndrome de Gougerot-Sjören :

- Maladie auto-immune
- Infiltration des glandes salivaires et lacrymales par des lymphocytes
- Syndrome sec oculaire et buccal
- Mesure du flux salivaire pendant 5 min
- Test de *Schirmer* : on met un papier buvard dans le cul de sac conjonctival et on voit si les larmes le tamponnent
- Parodontopathie favorisée par le syndrome sec buccal
- Syndrome de Rénaud (doigts blancs)



Infiltration par des lymphocytes des glandes salivaires et lacrymales

c) Traitement des RIC

*RIC = Rhumatisme inflammatoire chronique

- **Immunomodulateurs** conventionnels : méthotrexate, leflunomide, salazopyrine.
- **Biothérapies** : sorte de super anti-inflammatoire (soit en injection soit en perfusion à l'hôpital), donné en deuxième intention après le méthotrexate :
 - ◆ Anti-TNF (PR, SpA, RPSo)
 - ◆ Anti-IL6 (PR)
 - ◆ Anti-IL12/23,
 - ◆ anti-IL17 (Rpsa, SpA)
 - ◆ CTLA4-Ig (PR)
 - ◆ Anti-CD20 (PR)

Nécessité d'un bilan bucco-dentaire pré-thérapeutique puis annuel, à la recherche de foyers infectieux.

La **biothérapie** va diminuer l'inflammation dans le corps et dans les articulations, mais diminue aussi la réponse aux infections donc les patients sont plus sensibles. C'est pourquoi avant de débuter le traitement ils **doivent impérativement consulter un chirurgien-dentiste** afin de réaliser tous les soins nécessaires et comportant un risque infectieux. Puis, pendant le traitement, le patient doit honorer une visite annuelle chez le dentiste. S'il y a des soins à risque à réaliser, on peut être amené à arrêter le traitement (par exemple 2 semaines avant), et on attend que la cicatrisation soit terminée pour reprendre la biothérapie.

II) Pathologies osseuse :

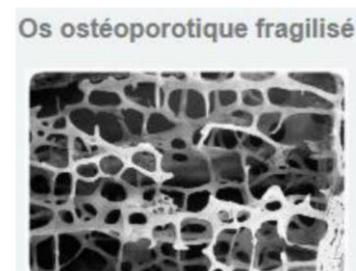
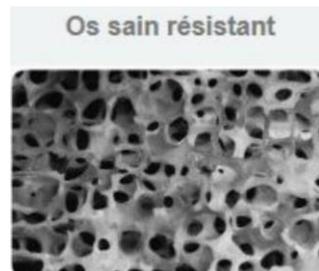
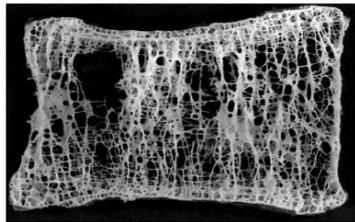
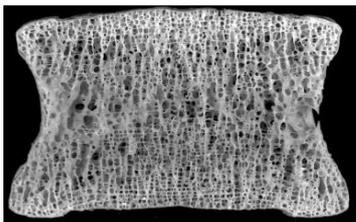
A) Ostéoporose

1) Définitions

= Maladie osseuse diffuse responsable d'une :

- Diminution de la microarchitecture osseuse (travées osseuses raréfiées)
- Diminution de la masse osseuse

→ risque élevé de fracture pour des traumatismes mineurs (à bas niveau d'énergie)



Normalement si on tombe les os sont suffisamment solides pour ne pas se fracturer mais lors d'une ostéoporose les fractures surviennent très rapidement et pour des traumatismes mineurs.

En France, par an, hommes et femmes confondus, on a 56 000 fractures du poignet, 56 000 pour les vertèbres et 74 000 pour la hanche.

Rq : le squelette se renouvelle tous les 10 ans.

2) Fracture ostéoporotique

- Absence de traumatisme ou à bas niveau (ex : tomber de sa hauteur).
- Tous les sites **sauf** crâne, rachis cervical, scapula, sternum, doigts ou orteils

3) Fracture ostéoporose sévère

Il y a une augmentation de la mortalité dans les 10 ans qui suivent la fracture, notamment pour les fractures au niveau du col du fémur, bassin, rachis, humérus, épiphyse genoux, 3 côtes successives, proximale du tibia.

Rq : Cette mortalité peut être diminuée par la mise en place d'un traitement restaurateur.

4) Problème de santé publique

- Fréquent : touche 30% des femmes > 60 ans et 15% de hommes > 60 ans.
- Grave : mortalité de 20% dans l'année qui suit une fracture du col du fémur (ESF)
- 50% de nouvelle fracture dans l'année
- hospitalisation, perte d'autonomie et institutionnalisation

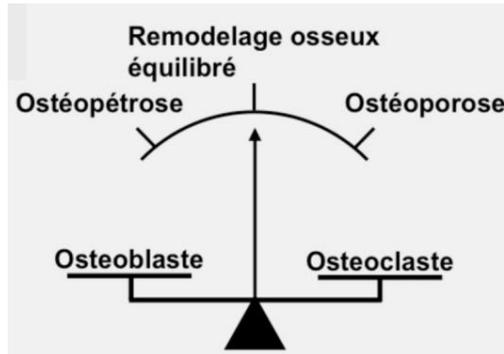
C'est encore peu diagnostiqué car c'est silencieux : temps qu'il n'y aura pas de fracture il n'y aura pas de douleur, donc on ne se rendra pas compte que les os sont fragiles. Il est important de dépister les gens avant leur première fracture (mais en pratique c'est difficile).

On propose une **densitométrie osseuse** pour mesurer la densité osseuse au niveau du col du fémur et du rachis lombaire. On le fait s'il y a eu une fracture, et en dépistage chez les femmes ménopausées > 60 ans qui ont des facteurs de risque d'ostéoporose.

D'autres indications pour une densitométrie osseuse :

- Corticoïdes de façon prolongée
- Si ATCD personnel et/ou familiaux de fracture
- Si IMC faible (<19)
- Si ATCD de RIC (= rhumatisme inflammatoire chronique)

B) Ostéoporose, dents et physiopathologie



Porphyromonas Gingivalis

- Invasion des ostéoblastes, diminution de leur différenciation, induction de l'apoptose,
- Activation des ostéoclastes, activation de leur différenciation par peptides citrullinés

⇒ *Porphyromonas Gingivalis* est pourvoyeur d'ostéoporose.

* Ostéoporose chez le sujet jeune (< 40 ans)



*sclérotite bleu +
dentinogénèse
imparfaite*



*à gauche : dent de lait
avec sa racine (= pas
normal)*

*à droite : dent de lait sans
racine (normal)*



Si perte de la dent de lait sur laquelle la racine toujours présente (cf photo), cela signifie qu'il y'a une hypophosphatasie ⇒ perte de force au niveau de la structure d'attache de la dent à l'os.

C) Traitement efficace = Bisphosphonates :

Physiopathologie :

- Inhibiteur de la résorption osseuse (bloque l'activité des ostéoclastes), permet une stabilité de l'os
- Effet rémanent (reste dans le corps pendant plusieurs années)
- Effet anti-angiogénique (diminue la vascularisation osseuse)

Effet clinique :

- Diminution du risque de fracture vertébrale de 70%
- Diminution du risque de fracture périphérique de 30 à 40%
- Diminution du risque de décéder après une fracture du col du fémur

Utilisation large des bisphosphonates dans l'ostéoporose, ou dans les pathologies néoplasiques.

Nombreux cas d'ostéonécrose de la mâchoire induite par le traitement par bisphosphonates ont été détectés, surtout à dose oncologique (1 à 10% contre 0,01 à 0,001%). A dose thérapeutique pour l'ostéoporose les liens avec une ostéonécrose de la mâchoire sont très faibles.

D) Complications :

Maladie grave car grande mortalité après la première fracture de l'ESF (20%).

Pour les patients ayant eu une fracture vertébrale, il y a 50% de risque d'avoir une nouvelle fracture dans l'année qui suit.

Les patients ne peuvent pas retourner chez eux après une fracture (hospitalisation), difficultés de déplacement donc impact social et économique important.

E) Ostéonécrose de la mâchoire (ONM) :

Définition :

- Mise à nu d'un os pendant 6 semaines
- Absence d'antécédent de radiothérapie localisée
- Absence d'argument pour une métastase localisée
- Atteinte le plus souvent mandibulaire (60%)

Facteurs de risque :

- Corticothérapie systémique
- Myélome (hémopathie, "cancer du sang")
- Radiothérapie ORL
- Chimiothérapie adjuvante

Risque d'incidence :

- Faible sous bisphosphonates = < 0,01% (balance bénéfices/risques en faveur du traitement par bisphosphonates)
- Bisphosphonates et cancer : 1 à 10 %



F) Prévention :

Les patients sont adressés au chirurgien-dentiste avant le traitement. On informe le patient du risque d'ostéonécrose, en expliquant bien que cela reste exceptionnel. Un suivi régulier du patient annuel en odontologie est nécessaire, sous traitement pendant 3-5 ans max.

Sujet jeune < 40 ans il y aura une consultation dentaire systématique qui révélera les pathologies liées, ex : patients qui ont perdu leurs dents de lait avec la racine, amélogénèse et dentinogénèse imparfaite sont des signes à rechercher dans les pathologies osseuses et sur la qualité des os.

Prévention et intérêts d'un travail conjoint :

- Soins dentaires avant biphosphonates
- Information du patient
-
- Suivi dentaire régulier annuel

PS : le prof posera des questions assez générales il a donné comme exemple la triade tendineuse mais pas de questions sur les pathologies spécifiques à la rhumatho comme la polyarthrite ...

