

Objectif Prévention...

“ Osons la santé bucco-dentaire pour tous ! ”

ufsbd  www.ufsbd.fr
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

 CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS
pour le développement de nouveaux concepts
d'éducation et de Pratiques Bucco-Dentaires

> Document à destination des médecins
et chirurgiens-dentistes

Risque d'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire
par **bisphosphonates**, denosumab et apparentés :
synthèse des recommandations pour le suivi
interprofessionnel des patients

SOMMAIRE

Les enjeux

- La collaboration des professionnels de santé, la clé pour en diminuer le risque
- Incidence de l'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire ONMM
- Facteurs de risque potentiels de l'ONMM

Synthèse des recommandations

Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge et le suivi est primordial

Classement des patients suivant leurs risques

A / Patients à faible risque d'ONMM

B / Patients à haut risque d'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire ONMM

Bibliographie

Les enjeux

La collaboration des professionnels de santé, la clé pour en diminuer le risque

Les médicaments anti-résorptifs, qui empêchent la résorption osseuse, bisphosphonates et denosumab, sont largement utilisés chez les patients atteints d'ostéoporose ou de cancer avec métastases osseuses, ainsi que dans les cas d'hypercalcémie maligne, de maladie de Paget, d'ostéogenèse imparfaite et de dysplasie fibreuse. Bien que l'ostéonécrose de la mâchoire (ONMM) soit une complication fréquente, les avantages des médicaments anti-résorptifs l'emportent le plus souvent sur le risque de complication. Les chirurgiens-dentistes, au sein d'une équipe multi-professionnelle, ont un rôle essentiel dans la prévention de l'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire ONMM¹.

Incidence de l'Ostéonécrose Médicamenteuse de la Mâchoire (ONMM)

L'incidence de l'ONMM est liée à la dose et à la durée d'exposition au traitement anti-résorptif. Très faible chez les patients atteints d'ostéoporose, c'est-à-dire de 0,001% à 0,01%, l'incidence dans la population oncologique est beaucoup plus élevée (0,5% à 4,6%)^{2 3 4}. Plus de 90% des cas surviennent chez des patients cancéreux recevant des doses intraveineuses (IV) élevées de BP ou denosumab sous-cutané (de l'ordre de 12 à 25 fois plus élevées que celles utilisées pour traiter l'ostéoporose). Dans le cas de l'ostéoporose, les prescriptions ont évolué sur des formulations à très longue durée d'action, ce qui augmente également le risque^{5 6 7 8}.

Facteurs de risque potentiels de l'ONMM

Les traitements dentaires invasifs tels que les extractions, la pose d'implants ou la chirurgie apicale/parodontale sont des facteurs de risque locaux importants. L'extraction dentaire est considérée comme l'intervention la plus souvent responsable de l'ONMM, de 69% à 86% des cas. Une étude rétrospective australienne a rapporté un risque multiplié par 8 après administration intraveineuse par rapport à l'administration orale. De plus, une étude de cohorte longitudinale après BP intraveineux a montré que l'extraction dentaire était associée à un risque maximum 33 fois supérieur à l'incidence spontanée^{9 10}.

Un facteur supplémentaire de risque est l'infection locale concomitante telle qu'une inflammation parodontale ou/et péri-apicale, les modifications osseuses pouvant avoir une influence avant même l'extraction dentaire^{11 12 13 14 15 16 17}.

CONCLUSION

En 2010, plus de 24 millions d'ordonnances de bisphosphonates ont été délivrées aux États-Unis et plus de 190 millions dans le monde. Le denosumab, plus récemment développé, a également une utilisation en forte croissance. L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit que les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront 20% de la population mondiale d'ici 2030. L'ostéoporose étant de plus en plus répandue chez les personnes âgées et chez les personnes atteintes d'un cancer du sein ou de la prostate (les cancers les plus courants chez

les femmes et les hommes, respectivement), les bénéfices apportés par les médicaments anti-résorptifs ne peuvent être ignorés et l'emportent sur le risque de développer une ostéonécrose de la mâchoire médicamenteuse.

Afin de prévenir le développement de l'ONMM, un consensus préconise d'éviter les interventions chirurgicales, dans la mesure du possible. La bonne compréhension du traitement et de ces différentes phases est indispensable pour une bonne coopération autour du patient.

D'une part, les médecins prescripteurs doivent être conscients que les chirurgiens-dentistes jouent un rôle im-

portant dans la prévention de l'ONMM notamment au stade initial par un bilan systématique et un assainissement de la cavité buccale avant mise en place d'un traitement anti-résorptif, puis en aidant les patients concernés à maintenir une santé bucco-dentaire appropriée¹⁸.

D'autre part, le chirurgien-dentiste devra proposer des soins dentaires appropriés pour limiter le risque d'ostéonécrose de la mâchoire médicamenteuse, une mauvaise compréhension de la thérapie pouvant conduire à l'hésitation, voire au refus de la part des praticiens de fournir des traitements dentaires essentiels pour maintenir la qualité de vie des patients.

L'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire est rare mais potentiellement irréversible ; par conséquent, l'importance de prévenir son développement doit être bien connue des médecins et des chirurgiens-dentistes. Ces derniers jouent un rôle essentiel dans la prévention et la réduction de l'incidence de l'ONMM. **Un bilan bucco-dentaire initial doit être réalisé avant la première prise et un suivi en cabinet dentaire deux fois par an est systématiquement nécessaire.**¹⁹

Synthèse des recommandations

pour le suivi et les soins dentaires pour réduire le risque de développer une ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire (ONMM)

> Cela comprend :

- la réalisation de tous les soins nécessaires (traitement des caries, du parodonte et chirurgie éventuelle) avant le début des traitements ;
- l'utilisation d'antibiotiques avant et après une intervention chirurgicale ;
- l'éducation thérapeutique du patient pour le maintien d'une bonne hygiène, d'une bonne santé bucco-dentaire et d'une autosurveillance ;
- la mise en place de mesures préventives avec apport de fluor (dentifrice et vernis) ;
- enfin, si possible, il faut limiter les risques de devoir recourir à des soins chirurgicaux pendant le traitement.

Pour fournir des soins dentaires appropriés, les chirurgiens-dentistes doivent évaluer lors de leur intervention les antécédents médicaux, le risque d'ostéonécrose médicamenteuse de la mâchoire et mettre en œuvre les soins adaptés pour limiter le risque.

> Le dentiste doit être informé et/ou lui-même s'informer :

- du type de traitement (BP ou denosumab) ;
- si le traitement est prévu ou a déjà commencé ;
- si le traitement a commencé, la dose de BP ou de denosumab que reçoit le patient ;
- la durée du traitement ;
- si un autre médicament susceptible d'augmenter le risque d'ONMM est utilisé (molécules antiangiogéniques : sunitinib et bevacizumab, immunosuppresseurs).

Les chirurgiens-dentistes jouent un rôle essentiel dans l'optimisation de la prévention et la réduction du développement de l'ONMM.

Même si une intervention chirurgicale s'est révélée être un facteur de risque local pour le développement de l'ONM, certaines études ont montré que **l'incidence de l'ONMM peut être réduite avec une prise en charge dentaire préventive.**

Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge et le suivi est primordial^{27 28 29 30 31}.

Sources : AFSSAPS , American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons ; SFSCMFCO et autres^{2 11 23 24 25 26}.

Sur la base des informations que le chirurgien-dentiste doit collecter concernant le traitement (page précédente), les patients peuvent être classés comme présentant un risque faible ou élevé. Les patients qui ont reçu une faible dose d'un médicament anti-résorptif pendant moins de quatre ans sans facteurs de risque supplémentaires sont considérés comme présentant un faible risque. Sinon, le risque est considéré comme élevé.

A. Patients à faible risque d'ONMM

1. AVANT DÉMARRAGE DU TRAITEMENT

- La visite de dépistage chez le chirurgien-dentiste est indispensable.
- Tous les soins, extractions et prothèses doivent être réalisés.
- Le chirurgien-dentiste doit expliquer les risques et engager son patient dans une démarche de prévention et de suivi en rappelant l'importance des contrôles réguliers et de l'efficacité de l'hygiène (brossage, nettoyage interdentaire et bain de bouche antibactérien si nécessaire).

2. PENDANT LE TRAITEMENT

- Une visite de contrôle systématique deux fois par an.
- Pas de restriction de soins car très peu de cas d'ONM ont été rapportés.
- La chirurgie simple sans ostéotomie est autorisée.
- Si un implant dentaire doit être placé, il faudra un consentement éclairé indiquant les risques d'échec de l'implant à long terme et le faible risque de développer une ONMM.
- Pour minimiser le risque d'ONMM en cas de chirurgie simple ou pose d'implant, le chirurgien-dentiste mettra en place l'utilisation d'un bain de bouche antimicrobien et d'antibiotiques systémiques avant et après la procédure.

B. Patients à haut risque d'ostéo nécrose médicamenteuse de la mâchoire ONMM

1. AVANT LE TRAITEMENT

- L'évaluation et la prise en charge du patient doivent inclure un examen oral approfondi et une évaluation radiographique pour identifier les infections aiguës et les infections potentielles qui pourraient être exacerbées.
- Le traitement doit inclure les soins endodontiques et prothétiques conservateurs avec un bon pronostic, ainsi qu'un volet parodontal avec une éducation thérapeutique pour le maintien d'une bonne hygiène dentaire.
- Pour les dents avec mauvais pronostic, l'extraction sera préférée.
- Toutes les chirurgies nécessaires doivent être effectuées avant de commencer le traitement.

ment. Idéalement, le traitement ne devra pas commencer avant que l'épithélialisation de la muqueuse et le remodelage osseux ne soient complets, en général 2 à 4 semaines (attention aux retards de cicatrisation, par exemple en cas de diabète).

- Le chirurgien-dentiste doit expliquer les risques et engager son patient dans une démarche de prévention et de suivi en rappelant l'importance des contrôles réguliers et du contrôle efficace de l'hygiène (brossage, nettoyage interdentaire et bain de bouche antibactérien si nécessaire).
- Il faudra porter une attention particulière aux prothèses amovibles qui doivent être parfaitement ajustées pour ne pas blesser.

2. PENDANT LE TRAITEMENT

- Une visite de contrôle systématique deux fois par an.
- Pour les patients sous traitement avec médicaments anti-résorptifs, les chirurgiens-dentistes doivent considérer que ces patients sont potentiellement à risque accru de développer une ONM même en l'absence de tout signe et symptôme. Des radiographies péri-apicales de toutes les dents et des radiographies panoramiques doivent être faites et analysées pour identifier une infection ou une inflammation potentielle³².
- Pour les patients suspectés d'ONMM, la tomodensitométrie (TDM) conventionnelle et la tomodensitométrie cone-beam aident à détecter les changements précoces de l'architecture corticale et trabéculaire de la mâchoire ainsi que des dents impliquées³³.
- En général, le soin des caries et les traitements canaux non chirurgicaux peuvent être effectués. Étant donné que le traitement endodontique non chirurgical vise à contrôler et à prévenir la propagation de l'infection au tissu péri-apical, il doit être réalisé au moindre doute et pourrait être recommandé comme alternative à l'extraction afin de réduire le risque de développer une ONMM. Lors d'un traitement endodontique non chirurgical, certaines recommandations^{11 34 35 36} préconisent :

- > la prescription d'une antibiothérapie systématique avant et après toute intervention ;
- > l'utilisation d'un bain de bouche antimicrobien pour minimiser la possibilité de bactériémie ;
- > d'éviter d'utiliser des agents anesthésiques contenant des vasoconstricteurs ;
- > pour éviter toute lésion des tissus gingivaux, l'utilisation de cales peut être considérée comme une alternative au clamp de digue en caoutchouc ;
- > pour réduire la possibilité d'extrusion apicale lors de l'instrumentation, la perméabilité apicale pourrait être évitée.
- Le port de prothèse amovible est également possible ; cependant, cela nécessite un examen régulier et minutieux pour détecter une pression ou un frottement excessif. Un rebasage en résine molle peut se révéler nécessaire.
- Les extractions dentaires et les traitements parodontaux sont à éviter. Les dents gravement endommagées seront soignées par une approche endodontique avec conservation de la dent au lieu d'une extraction, par traitement du canal radiculaire et désinfection. De même, les dents mobiles seront conservées avec mise en place d'attelles plutôt qu'extraites.

Bibliographie

1. Song M. Dental care for patients taking antiresorptive drugs: a literature review. *Restor Dent Endod.* 2019 Nov 1;44(4):e42. doi: 10.5395/rde.2019.44.e42. PMID: 31799170; PMCID: PMC6875544. 2
2. Khan AA, Morrison A, Kendler DL, Rizzoli R, Hanley DA, Felsenberg D, McCauley LK, O’Ryan F, Reid IR, Ruggiero SL, Taguchi A, Teiradis S, Watts NB, Brandt ML, Peters E, Guise T, Eastell R, Cheung AM, Morin SN, Masri B, Cooper C, Morgan SL, Obermayer-Pietsch B, Langdahl BL, Dabagh RA, Davison KS, Sándor GK, Josse RG, Bhandari M, El Rabbany M, Pierroz DD, Sulimani R, Saunders DP, Brown JP, Compston J; International Task Force on Osteonecrosis of the Jaw. Case-Based Review of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) and Application of the International Recommendations for Management From the International Task Force on ONJ. *J Clin Densitom.* 2017 Jan-Mar;20(1):8-24. doi: 10.1016/j.jocd.2016.09.005. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27956123.
3. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, Ripamonti C, Hope S, Drudge-Coates L, Niepel D, Van den Wyngaert T. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019 Feb;127(2):117-135. doi: 10.1016/j.oooo.2018.09.008. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30393090.
4. Khan A, Morrison A, Cheung A, Hashem W, Compston J. Osteonecrosis of the jaw (ONJ): diagnosis and management in 2015. *Osteoporos Int.* 2016 Mar;27(3):853-859. doi: 10.1007/s00198-015-3335-3. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26493811.
5. Durie BG, Katz M, Crowley J. Osteonecrosis of the jaw and bisphosphonates. *N Engl J Med.* 2005 Jul 7;353(1):99-102; discussion 99-102. doi: 10.1056/NEJM200507073530120. PMID: 16000365.
6. Jadu F, Lee L, Pharoah M, Reece D, Wang L. A retrospective study assessing the incidence, risk factors and comorbidities of pamidronate-related necrosis of the jaws in multiple myeloma patients. *Ann Oncol.* 2007 Dec;18(12):2015-9. doi: 10.1093/annonc/mdm370. Epub 2007 Sep 5. PMID: 17804475.
7. Saad F, Brown JE, Van Poznak C, Ibrahim T, Stemmer SM, Stopeck AT, Diel IJ, Takahashi S, Shore N, Henry DH, Barrios CH, Facon T, Senecal F, Fizazi K, Zhou L, Daniels A, Carrière P, Dansey R. Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. *Ann Oncol.* 2012 May;23(5):1341-1347. doi: 10.1093/annonc/mdr435. Epub 2011 Oct 10. PMID: 21986094.
8. Vahstevanos K, Kyrgidis A, Verrou E, Katodritou E, Triaridis S, Andreadis CG, Boukovinas I, Koloutsos GE, Teleioudis Z, Kitikidou K, Paraskevopoulos P, Zervas K, Antoniadou K. Longitudinal cohort study of risk factors in cancer patients of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *J Clin Oncol.* 2009 Nov 10;27(32):5356-62. doi: 10.1200/JCO.2009.21.9584. Epub 2009 Oct 5. PMID: 19805682.2
9. Lodi G, Sardella A, Salis A, Demarosi F, Tarozzi M, Carrassi A. Tooth extraction in patients taking intravenous bisphosphonates: a preventive protocol and case series. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jan;68(1):107-10. doi: 10.1016/j.joms.2009.07.068. PMID: 20006163.
10. Mozzati M, Arata V, Gallesio G. Tooth extraction in patients on zoledronic acid therapy. *Oral Oncol.* 2012 Sep;48(9):817-21. doi: 10.1016/j.oraloncology.2012.03.009. Epub 2012 Apr 5. PMID: 22483860.
11. Otto S, Tröltzsch M, Jambrovic V, Panya S, Probst F, Ristow O, Ehrenfeld M, Pautke C. Tooth extraction in patients receiving oral or intravenous bisphosphonate administration: A trigger for BRONJ development? *J Craniomaxillofac Surg.* 2015 Jul;43(6):847-54. doi: 10.1016/j.jcms.2015.03.039. Epub 2015 Apr 10. PMID: 25958767.
12. Knight RJ, Reddy C, Rtsilliadze MA, et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: Tip of the iceberg. *J Craniofac Surg* 2010;21:25-32. Review.
13. Otto S, Pautke C, Opelz C, Westphal I, Drosse I, Schwager J, Baus F, Ehrenfeld M, Schieker M. Osteonecrosis of the jaw: effect of bisphosphonate type, local concentration, and acidic milieu on the pathomechanism. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Nov;68(11):2837-45. doi: 10.1016/j.joms.2010.07.017. PMID: 20971371.
14. Aguirre JI, Akhter MP, Kimmel DB, Wronski TJ. Oncologic doses of zoledronic acid induce osteonecrosis of the jaw-like lesions in rice rats (*Oryzomys palustris*) with periodontitis. *J Bone Miner Res.* 2012 Oct;27(10):2130-43. doi: 10.1002/jbmr.1669. PMID: 22623376; PMCID: PMC3436957.
15. Song M, Alshaiikh A, Kim T, Kim S, Dang M, Mehrazarin S, Shin KH, Kang M, Park NH, Kim RH. Preexisting Periapical Inflammatory Condition Exacerbates Tooth Extraction-induced Bisphosphonate-related Osteonecrosis of the Jaw Lesions in Mice. *J Endod.* 2016 Nov;42(11):1641-1646. doi: 10.1016/j.joen.2016.07.020. Epub 2016 Sep 13. PMID: 27637460; PMCID: PMC5085836.
16. Kim T, Kim S, Song M, Lee C, Yagita H, Williams DW, Sung EC, Hong C, Shin KH, Kang MK, Park NH, Kim RH. Removal of Pre-Existing Periodontal Inflammatory Condition before Tooth Extraction Ameliorates Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw-Like Lesion in Mice. *Am J Pathol.* 2018 Oct;188(10):2318-2327. doi: 10.1016/j.ajpath.2018.06.019. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30059656; PMCID: PMC6169128.
17. Okuma S, Matsuda Y, Narai Y, Karino M, Suzuki R, Kanno T. A Retrospective Observational Study of Risk Factors for Denosumab-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients with Bone Metastases from Solid Cancers. *Cancers (Basel).* 2020 May 12;12(5):1209. doi: 10.3390/cancers12051209. PMID: 32408510; PMCID: PMC7281320. 9
18. Song M. Dental care for patients taking antiresorptive drugs: a literature review. *Restor Dent Endod.* 2019 Nov 1;44(4):e42. doi: 10.5395/rde.2019.44.e42. PMID: 31799170; PMCID: PMC6875544.
19. Recommendations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par bisphosphonates AFSSAPS 2007.
20. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, O’Ryan F; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw--2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Oct;72(10):1938-56. doi: 10.1016/j.joms.2014.04.031. Epub 2014 May 5. Erratum in: *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Jul;73(7):1440. Erratum in: *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Sep;73(9):1879. PMID: 25234529.1
21. Recommendations de la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale (2013) : Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (anti résorbeurs osseux, antiangiogéniques). Recommandations de Bonne Pratique. <https://www.sfscmfco.fr/>
22. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, O’Ryan F; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw--2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Oct;72(10):1938-56. doi: 10.1016/j.joms.2014.04.031. Epub 2014 May 5. Erratum in: *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Jul;73(7):1440. Erratum in: *J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Sep;73(9):1879. PMID: 25234529.
23. Japanese Allied Committee on Osteonecrosis of the Jaw, Yoneda T, Hagino H, Sugimoto T, Ohta H, Takahashi S, Soen S, Taguchi A, Nagata T, Urade M, Shibahara T, Toyosawa S. Antiresorptive agent-related osteonecrosis of the jaw: Position Paper 2017 of the Japanese Allied Committee on Osteonecrosis of the Jaw. *J Bone Miner Metab.* 2017 Jan;35(1):6-19. doi: 10.1007/s00774-016-0810-7. Epub 2016 Dec 29. Erratum in: *J Bone Miner Metab.* 2017 Jan;35(1):20. PMID: 28035494.
24. Campisi G, Fedele S, Fusco V, Pizzo G, Di Fede O, Bedogni A. Epidemiology, clinical manifestations, risk reduction and treatment strategies of jaw osteonecrosis in cancer patients exposed to antiresorptive agents. *Future Oncol.* 2014 Feb;10(2):257-75. doi: 10.2217/fon.13.211. PMID: 24490612..
25. Dhesy-Thind S, Fletcher GG, Blanchette PS, Clemons MJ, Dillmon MS, Frank ES, Gandhi S, Gupta R, Mates M, Moy B, Vandenberg T, Van Poznak CH. Use of Adjuvant Bisphosphonates and Other Bone-Modifying Agents in Breast Cancer: A Cancer Care Ontario and American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol.* 2017 Jun 20;35(18):2062-2081. doi: 10.1200/JCO.2016.70.7257. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28618241.
26. Karna H, Gonzalez J, Radia HS, Sedghizadeh PP, Enciso R. Risk-reductive dental strategies for medication related osteonecrosis of the jaw among cancer patients: A systematic review with meta-analyses. *Oral Oncol.* 2018 Oct;85:15-23. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.08.003. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30220314.
27. Dimopoulos MA, Kastritis E, Bamia C, Melakopoulos I, Gika D, Roussou M, Migkou M, Eleftherakis-Papaiaikovou E, Christoulas D, Terpos E, Bamias A. Reduction of osteonecrosis of the jaw (ONJ) after implementation of preventive measures in patients with multiple myeloma treated with zoledronic acid. *Ann Oncol.* 2009 Jan;20(1):117-20. doi: 10.1093/annonc/mdn554. Epub 2008 Aug 9. PMID: 18689864.
28. Mücke T, Deppe H, Hein J, Wolff KD, Mitchell DA, Kesting MR, Retz M, Gschwend JE, Thalgot M. Prevention of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws in patients with prostate cancer treated with zoledronic acid - A prospective study over 6 years. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016 Oct;44(10):1689-1693. doi: 10.1016/j.jcms.2016.07.026. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27555374.
29. Vandone AM, Donadio M, Mozzati M, Ardine M, Polimeni MA, Beatrice S, Ciuffreda L, Scoletta M. Impact of dental care in the prevention of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a single-center clinical experience. *Ann Oncol.* 2012 Jan;23(1):193-200. doi: 10.1093/annonc/mdr039. Epub 2011 Mar 22. PMID: 21427065.
30. Bramati A, Girelli S, Farina G, Dazzani MC, Torri V, Moretti A, Piva S, Dimaiuta M, La Verde N. Prospective, mono-institutional study of the impact of a systematic prevention program on incidence and outcome of osteonecrosis of the jaw in patients treated with bisphosphonates for bone metastases. *J Bone Miner Metab.* 2015 Jan;33(1):119-24. doi: 10.1007/s00774-014-0566-x. Epub 2014 Feb 20. PMID: 24553860.
31. Stockmann P, Hinkmann FM, Lell MM, Fenner M, Vairaktaris E, Neukam FW, Nkenke E. Panoramic radiograph, computed tomography or magnetic resonance imaging. Which imaging technique should be preferred in bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw? A prospective clinical study. *Clin Oral Investig.* 2010 Jun;14(3):311-7. doi: 10.1007/s00784-009-0293-1. Epub 2009 Jun 10. PMID: 19513765.
32. Bianchi SD, Scoletta M, Cassione FB, Migliaretti G, Mozzati M. Computerized tomographic findings in bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in patients with cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007 Aug;104(2):249-58. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.01.040. Epub 2007 Jun 7. PMID: 17560140.8.
33. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Nov;63(11):1567-75. doi: 10.1016/j.joms.2005.07.010. PMID: 16243172.
34. Poubel VLDN, Silva CAB, Mezzomo LAM, De Luca Canto G, Rivero ERC. The risk of osteonecrosis on alveolar healing after tooth extraction and systemic administration of antiresorptive drugs in rodents: a systematic review. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018 Feb;46(2):245-256. doi: 10.1016/j.jcms.2017.11.008. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29233703.
35. Borromeo GL, Tsao CE, Darby IB, Ebeling PR. A review of the clinical implications of bisphosphonates in dentistry. *Aust Dent J.* 2011 Mar;56(1):2-9. doi: 10.1111/j.1834-7819.2010.01283.x. Epub 2010 Dec 22. PMID: 21332734.
36. Fedele S, Kumar N, Davies R, Fiske J, Greening S, Porter S. Dental management of patients at risk of osteonecrosis of the jaws: a critical review. *Oral Dis.* 2009 Nov;15(8):527-37. doi: 10.1111/j.1601-0825.2009.01581.x. Epub 2009 Jul 13. PMID: 19619192.

Qui est l'UFSBD ?

Il y a 55 ans, l'UFSBD est née de la volonté de la profession et de ses instances de rassembler tous les chirurgiens-dentistes motivés pour agir en faveur de la prévention.

L'UFSBD a, depuis lors, conservé sa place si particulière au sein de la profession : **celle de pionnière !**

C'est cette âme militante, complétée par la force de l'engagement, qui nous anime et porte en elle les succès obtenus en termes d'amélioration collective de l'état de santé bucco-dentaire.

En effet, il n'existe pas de fatalité face aux pathologies bucco-dentaires.

C'est au quotidien, que nous agissons, dans et en dehors de nos cabinets, motivés par un seul et même credo : **Pas de santé sans santé bucco-dentaire.**

Quel est le rôle de l'UFSBD ?

- ✓ **Garder toujours un temps d'avance**
- ✓ **Prévenir, informer, encore et encore**
- ✓ **Fédérer les acteurs autour de nos combats**
- ✓ **Guider l'action de tous**

TROIS POINTS
CLÉS GUIDENT
NOTRE ACTION
AU QUOTIDIEN.

1. **Généraliser l'accès à la prévention** comme étant la clé de la santé bucco-dentaire en nous basant sur la richesse de nos 55 ans d'expérience acquise. Inscrire la santé bucco-dentaire au cœur de la santé de tous nos concitoyens. Et donner à chacun les moyens d'être acteur de sa santé bucco-dentaire.
2. **Cœuvrer chaque jour pour une société solidaire** et inclusive construite autour d'une stratégie de prévention de proximité, adaptée, personnalisée, bien organisée et partagée par tous, et ce tout au long de la vie.
3. **Placer le chirurgien-dentiste au cœur du parcours santé** de chacun, persuadés que la relation qui s'établit chaque jour entre les praticiens et leurs patients est unique.

En chiffres, l'UFSBD, c'est, chaque année :

- + de **1500** journées d'intervention à l'école
- 230** séances éducatives auprès des apprentis dans les centres de formation
- + de **250** journées d'actions de formation et dépistage en établissements pour personnes dépendantes
- 80** journées en crèches pour sensibiliser les encadrants, les enfants et les parents
- 50** journées d'intervention auprès des centres accueillant des personnes en situation de précarité
- 230** sessions de formation continue vers les équipes dentaires
- 48** partenaires associatifs, institutionnels et privés
 - 1** colloque de santé publique
 - 1** label grand public