

DONNEES CLINIQUES

Type de Bisphosphonate prescrit :

Voie d'administration : IV Per os

Date de début de traitement :

Date d'arrêt du traitement :

SUIVI BUCCO-DENTAIRE

Avant le traitement

Date de la consultation initiale :

Etat bucco-dentaire. Traitements nécessaires :

Consultations de suivi

Dates	Actes réalisés	Actes à envisager
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre patient(e) est actuellement traité(e) (ou va l'être) par Bisphosphonates.

Les Bisphosphonates sont indiqués, en particulier, pour:

- le traitement du myélome multiple, des métastases osseuses des tumeurs solides et de l'hypercalcémie maligne,
- la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

L'effet secondaire principal au niveau bucco-dentaire est l'ostéonécrose maxillaire : (Les incidences sont de 1/10.000 à 1/100.000 pour l'ostéoporose, et de 1 à 10% dans le cadre de pathologies malignes).

Des Recommandations ont été établies :

- par l'AFSSAPS (voir "Lettre aux professionnels de santé" du 18/12/07 sur le site Internet www.afssaps.fr)
- au sein du Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes (www.rrc-ra.fr)

Dans le cadre du suivi bucco-dentaire de votre patient, nous vous adressons une fiche de liaison que nous vous remercions de remplir et redonner au patient.

FICHE DE LIAISON dans le cadre d'un traitement par Bisphosphonate à l'intention :

Des patients

Vous allez suivre ou vous suivez actuellement un traitement par Bisphosphonates.

Des médecins : médecin prescripteur, médecin traitant

- Vous êtes le médecin prescripteur : vous envisagez de prescrire (ou vous prescrivez actuellement) un traitement par Bisphosphonate.

- Vous êtes le médecin traitant.

Des chirurgiens-dentistes, stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux :

Votre patient(e) est actuellement traité(e) (ou va l'être) par Bisphosphonates.

Cette fiche de liaison que nous vous remercions de remplir doit être présentée à votre chirurgien dentiste et à votre médecin lors de toute consultation.

Vous allez suivre ou vous suivez actuellement un traitement par Bisphosphonates. Voici quelques informations concernant ce traitement.

Les perfusions de Bisphosphonates peuvent dans 25% des cas être responsables d'une fièvre et de douleurs articulaires (syndrome pseudo-grippal). Il s'agit d'une manifestation bénigne qui ne réapparaît pas, dans la plupart des cas, au moment de la 2^{ème} perfusion. Ces manifestations doivent être traitées par du paracétamol (1 à 4g/jour). Si la fièvre persiste au-delà de 3 jours, il faudra contacter votre médecin.

Des cas d'ostéonécrose des maxillaires ont été observés chez des patients traités par Bisphosphonates (dans la majorité des cas pour des pathologies malignes). Il s'agit



ostéonécrose débutante

d'une complication osseuse de la mâchoire pouvant engendrer des symptômes divers (douleur, enflure, engourdissement de la mâchoire...). Afin de diminuer ce risque, une hygiène et un suivi bucco-dentaires sont recommandés.

Conseils bucco-dentaires

Avant de débuter votre traitement par Bisphosphonates, il est important de consulter votre chirurgien-dentiste (ou stomatologue ou chirurgien maxillo-facial). Celui-ci vous donnera les conseils pour une bonne hygiène bucco-dentaire et réalisera, le cas échéant, les soins préventifs nécessaires (élimination des foyers infectieux).

Pendant votre traitement par Bisphosphonates, il est indispensable d'avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et il est recommandé de consulter votre chirurgien dentiste tous les 4 à 6 mois (ou plus tôt en cas de problème bucco-dentaire) pour des contrôles.

En cas d'ostéonécrose maxillaire déclarée, une prise en charge dans un service hospitalier spécialisé est recommandée.

Fiche de liaison patient médecin chirurgien dentiste (ou stomatologue ou chirurgien maxillo-facial) dans le cadre d'un traitement par Bisphosphonates :

IDENTIFICATION PATIENT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTIFICATION DES PRATICIENS

Médecin prescripteur

Coordonnées (nom, adresse, téléphone, courriel) :

.....

.....

Médecin traitant

Coordonnées (nom, adresse, téléphone, courriel) :

.....

.....

Chirurgien-dentiste (ou stomatologue ou chirurgien maxillo-facial)

Coordonnées (nom, adresse, téléphone, courriel) :

.....

.....

.....