

Année Universitaire 2023-24

5<sup>ème</sup> année

**PRISE EN CHARGE DES  
MALADES A RISQUE EN  
ODONTOLOGIE CONSERVATRICE /  
ENDODONTIE**

Pr. N. Ghodbane

# INTRODUCTION

Dans l'exercice quotidien de sa profession, le chirurgien dentiste est souvent confronté à prendre en charge les patients atteints de maladies générales présentant **un risque infectieux et/ou contagieux** qui ne sont pas toujours orientés par les services spécialisés, d'où la nécessité pour lui d'apprendre à reconnaître ces malades et de coopérer avec les médecins traitants pour prendre les mesures nécessaires afin que leur prise en charge soit la plus sûre.

# PROBLEMATIQUE

Contexte médical actuel (vieillesse de la population ↗ certaines pathologies ) est susceptible de remettre en question les pratiques du chirurgien-dentiste :



Comment le chirurgien-dentiste peut-il prendre une décision pour débiter ou au contraire contre indiquer un traitement endodontique ?

Dans quelles conditions devra-t-il le mener ?

Quelles sont les interactions médicamenteuses et les pathologies médicales interférant sur un traitement endodontique ?



Eléments à maîtriser par le chirurgien-dentiste ► nécessité d'apprendre à reconnaître ces malades et de coopérer avec les médecins traitants pour prendre les mesures nécessaires afin que leur prise en charge soit conforme aux données de la science

# DÉFINITION DU RISQUE

- Prise en compte de la possibilité de réalisation d'un événement contraire à ses attentes ou à son intérêt. Lorsque la personne concernée agit malgré cette possibilité et s'expose ainsi à cette réalisation, on dit qu'elle prend un risque.
- Lorsque cette exposition est involontaire ou contrainte on dit plutôt qu'elle court un risque.
- Dans le domaine médical, le terme « risque » est utilisé comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable.

## Risque infectieux

Liés à la pénétration et au développement dans l'organisme humain de microorganismes pathogènes : bactéries, champignons, virus, etc.

## Contagion

Le fait de transmettre une maladie de façon directe ou indirecte d'individu à individu par différents pathogènes (bactéries, champignons, virus, etc.).

# DÉFINITION D'UN PATIENT À RISQUE

Dans le domaine dentaire, ce terme englobe les patients chez lesquels il existe une grande probabilité de survenue d'un événement indésirable dans le cadre d'une intervention de chirurgie dentaire par rapport à la population générale en raison par exemple, de maladies générales, de traitements antérieurs, de déficience congénitale, acquise ou à cause du mode de vie.

# DÉFINITION



Risque infectieux



Un des principaux risques dans certaines cardiopathies



Manifestation la plus dangereuse



Endocardite infectieuse = Atteinte infectieuse de l'endocarde  
( streptocoques les plus souvent responsables)

# Interrogatoire préliminaire en odontologie



Elément le plus important pour déceler les patients à risque et éviter les complications

Permet de connaître si le patient :

- Présente une particularité physiologique : grossesse, allaitement
- Souffre d'une affection pathologique, allergie, ou cardiopathie
- Traité par un ou plusieurs médicaments → évaluer d'éventuels risques thérapeutiques liés à des interactions médicamenteuses
- A subi ou va subir une intervention chirurgicale principale (exp : tumeur → chimiothérapie, irradiation ou traitement par bisphosphonates)

Interrogatoire systématique et soigneux → déceler les patients à risque → adapter l'acte (médical et/ou chirurgical) aux terrains de ces derniers

# Examens biologiques préalables en odontologie

**But :** ➤

- Affirmer une impression clinique ( exp : atteinte hépatique chez patient éthylique)
- Découvrir un état pathologique ignoré par le patient (hépatite)
- Mise en évidence → état pathologique que le patient avait souhaité ne pas révéler (exp: sida)

**En odontostomatologie :** ➤

- Bilan de coagulation pour le jour de l'acte → risque hémorragique pour les patients sous antiagrégants plaquettaires ou sous anticoagulants → TP , INR
- FNS → anémie, leucopénie ou agranulocytose, thrombopénie
- Bilan hépatique et rénal → risque d'accumulation du médicament par défaut de destruction et d'élimination



Sont à connaître → prendre les précautions qui s'imposent devant un bilan perturbé.

# Prise de contact avec le médecin traitant

Deux objectifs principaux :

- Obtenir la liste des antécédents et traitements du patient
- Connaitre la stabilité ou l'instabilité de sa maladie pouvant justifier le report d'actes invasifs
- Contact utile, voire nécessaire → patient polymédiqué ou personne âgée dont l'anamnèse est difficile à réaliser
- Contact écrit préféré → copie du courrier du médecin conservée dans le dossier du patient
- Soins urgents (contact par écrit compliqué) → appel téléphonique direct au médecin traitant (garder une trace écrite de cet échange téléphonique).

# RISQUES DUS À UN ÉTAT PHYSIOLOGIQUE PARTICULIER

# GROSSESSE

- 1er trimestre : période critique en terme de sensibilité du foetus → embryogenèse organogenèse
- 2<sup>ème</sup> trimestre → maturation des organes
- 3<sup>ème</sup> trimestre → fin de la maturation des organes

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Possible en cas de diabète gestationnel non contrôlé
Hémorragique		✓	
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis de la molécule utilisée
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués
Autres	✓		Risque de syndrome cave

# GROSSESSE

## Situations cliniques :

### ➤ 1<sup>er</sup> trimestre :

- Insister sur la prévention par instauration d'une bonne hygiène bucco-dentaire
- Réaliser sans attendre tous les soins urgents visant à traiter → douleur ou infection → influences tératogène
- Soins non urgents ou non nécessaires doivent être différés

### ➤ 2<sup>ème</sup> trimestre :

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions nécessaires → organogénèse terminée

### ➤ 3<sup>ème</sup> trimestre :

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions, et en tenant compte de :
- La fatigue de la patiente (R. D. V de courte durée)
- Syndrome cave → hypotension liée à la posture allongée de la patiente qui comprime la veine cave et diminue ainsi le retour veineux (dans ce cas, placer un coussin sous la fesse droite de la patiente)
- Proximité du terme.

➤ Soins urgents → trts conservateurs (1<sup>er</sup> trimestre ou fin de grossesse)

# GROSSESSE

## Précautions

### ➤ Générales :

Limiter le stress de la femme enceinte par :

- Séances courtes
- Bonne analgésie avant de débiter le soin

A partir de la 24<sup>ème</sup> semaine de grossesse, mettre la patiente en position semi assise

### ➤ Vis-à-vis de l'anesthésie : (quantité minimale, aspiration )

- Privilégier l'articaine , éviter la mépivacaïne

➤ **Sédation** : contre indiquée surtout 1<sup>er</sup> trimestre + dernier mois  
MEOPA possible sauf 1<sup>er</sup> trimestre

### ➤ Vis-à-vis de la radiographie :

- Risque encouru par un foetus exposé lors d'un examen radio dentaire (en dehors du scanner) est extrêmement faible.
  - Tous les examens radio peuvent être réalisés → bénéfice thérapeutique à la patiente
- Raisons médico-légales → tablier de protection en plomb doit être utilisé

➤ **Vis-à-vis du risque infectieux** → éviter R. D. V. avec enfants + hygiène B. D. 13

# Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse

Antibiotiques	Autorisés	Amoxicilline Amoxicilline + Ac Clavulanique Clindamycine ; Josamycine Erythromycine ; Spiramycine Métronidazole
	Déconseillés	Azithromycine (possible à partir du 2 <sup>ème</sup> trimestre)
	Contre-indiqués	Cyclines
Antalgiques et anti-inflammatoires	Autorisés	Paracétamol Paracétamol/codéïne (ponctuellement) Corticoïde en cure courte
	Déconseillés	AINS (possibles les 5 1ers mois)
	Contre-indiqués	Tramadol Paracétamol + opium AINS (dès la fin du 5 <sup>ème</sup> mois)
Autres	Autorisés	
	Déconseillés	Hydroxyzine ( accord avec le gynécologue traitant)
	Contre-indiqués	

Paracétamol (cryptorchidie) Danemark .2010 → prise 4 semaines au 2<sup>ème</sup> trimestre)

# ALLAITEMENT

- Tous les soins sont possibles.
- En cas de prescription → demander à la patiente de surveiller la survenue de vomissements, diarrhées ou de signes cutanés (urticaire, érythème...) chez l'enfant allaité. Si de tels signes surviennent, faire immédiatement arrêter l'allaitement. Si la patiente refuse, faire arrêter le traitement en prenant contact avec le médecin traitant.

	<b>Peuvent être contre indiqués</b>	<b>Sont préférables</b>
<b>Antalgiques</b>	Aspirine à forte dose	Aspirine à faible dose Paracétamol-Codéine Acide mélénamique
<b>Antibiotiques</b>	Tétracyclines ; Co- trimoxazole Métronidazole ; Sulphonamides Aminoglycosides	Pénicillines; Macrolides Rifampicine; Céphalosporines
<b>Autres</b>	Antidépresseurs; Carbamazépine Corticoïdes à haute dose	Corticoïdes à faible dose
<b>Sédatifs</b>	Benzodiazépines; Barbituriques	

# CONTRACEPTION

## Médications interférant sur l'efficacité des contraceptifs oraux et augmentant le risque de grossesse

<b>Risque significatif</b>	Rifampicine Barbituriques Anticonvulsifs
<b>Risque existant</b>	Antibiotiques oraux (ampicilline, amoxicilline, métronidazole, tétracyclines)

# PATIENT ÂGÉ

- Toute personne âgée de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans polypathologique
- Touchés par un phénomène de vieillissement appelé sénescence = processus physiologique qui entraîne une lente dégradation des fonctions de l'organisme
- 4 paramètres à prendre en compte dans leur prise en charge :
  - **Autonomie** → patient autonome/ dépendant
  - **Etat de santé général** → patient en assez bonne santé générale /patient polypathologique et polymédiqué
  - **Isolement** → patient entouré / isolé
  - **Compliance** du patient pour les soins et l'hygiène quotidienne.

# Face à un patient âgé, le chirurgien dentiste est souvent confronté à une majoration :

➤ Du risque infectieux :

Par diminution physiologique de l'immunité

Favorisée par les infections chroniques, l'insuffisance rénale, le diabète...

Liée à certains traitements (ex ; corticothérapie au long court)

Risque d'endocardite infectieuse (si prothèse valvulaire par ex)

Du risque hémorragique :

Par ↗ de thrombopénies (dues aux hémopathies et aux traitements)

En rapport avec trts antiplaquettaires et anticoagulants fréquents

Du risque médicamenteux :

Par altération de la fonction rénale

Par ↗ du risque d'interactions médicamenteuses (polymédications fréquentes).

# Précautions

## ➤ Générales :

- Contacter le médecin traitant pour obtenir l'anamnèse complète du patient
- Demander au patient ou à l'entourage d'apporter un double des ordonnances
- Choix thérapeutiques → prendre en compte le rapport bénéfice/risque
- Identifier → risque infectieux ou hémorragique (maladie ou médicament)
- Conseils → soins d'hygiène bucco-dentaires systématiques et réguliers
- Attention au risque de chute au cabinet + Séances de courte durée
- Éviter l'hypotension orthostatique en fin de séance en relevant le patient lentement

➤ **Vis-à-vis de l'anesthésie :** Réduire de  $\frac{1}{2}$  la dose d'anesthésique réservée à l'adulte

## ➤ Vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

**Antibiotiques :** pas contre-indiqués, adapter la posologie à la fonction rénale.

- Risques de déshydratation suite aux diarrhées avec amoxicilline/ acide clavulanique ou métronidazole

## **Antalgiques et AINS :**

- AINS déconseillés → risques de saignements digestifs, d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, décompensation d'une cardiopathie sous-jacente
- Antalgiques de palier II (opioïdes) → utiliser avec précaution
- Paracétamol peut être utilisé, diminuer la posologie si insuffisance hépatique.

Dans tous les cas, il faut prendre en compte les maladies et/ou traitements du patient.

# RISQUES DUS À UNE MALADIE

# Hypertension artérielle

Se définit par une pression artérielle systolique  $\geq 140$ mmHg et/ou une pression diastolique  $\geq 90$ mmHg.

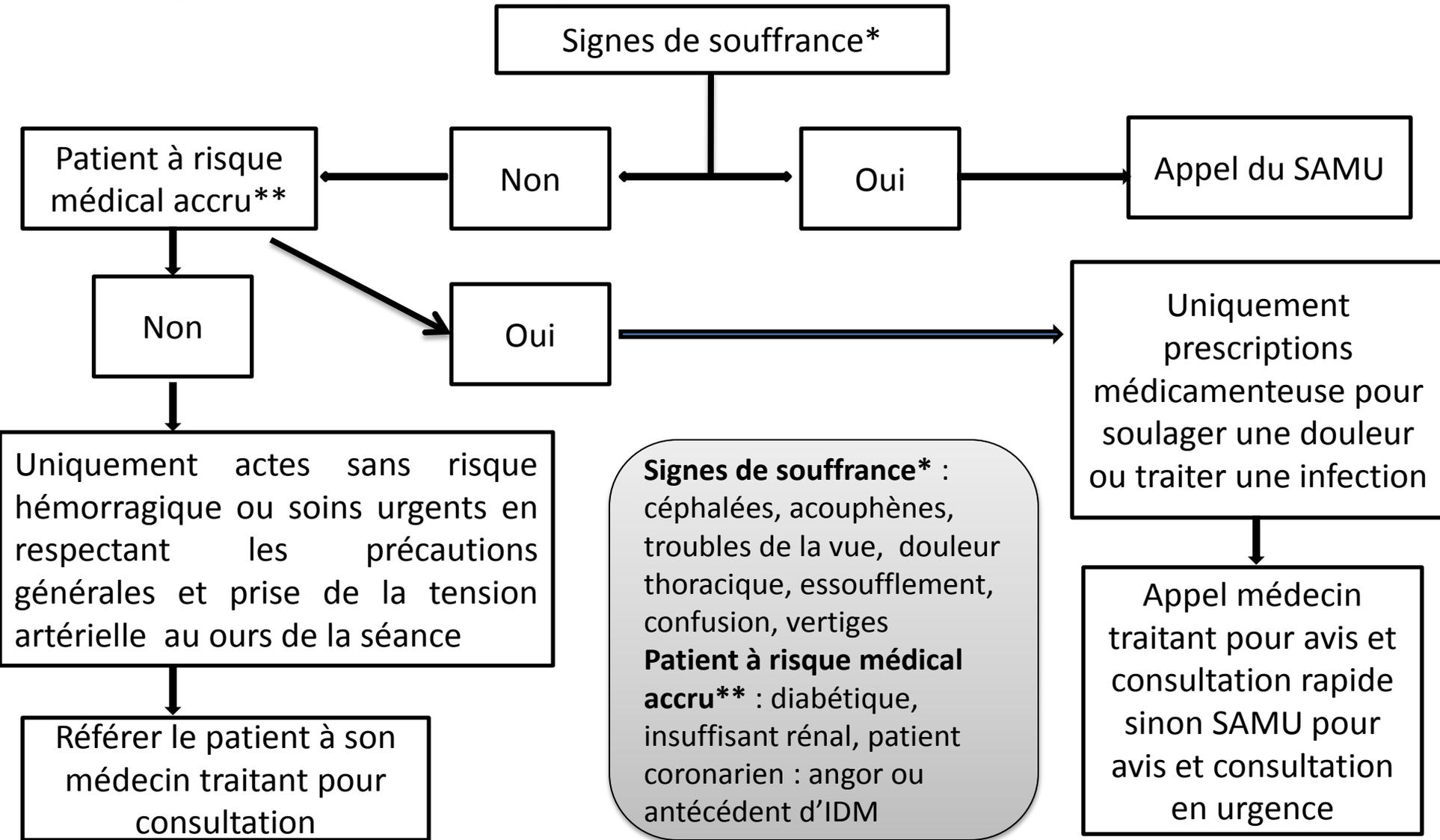
	PAS		PAD
<b>Normale</b>	120-129	et/ou	80-84
<b>Normale haute</b>	130-139		85-89
<b>HTA grade I</b>	140-159		90-99
<b>HTA grade II</b>	160-179		100-109
<b>HTA grade III</b>	$\geq 180$		$\geq 110$

On distingue deux types de patients :

- Hypertendus équilibrés : patients sous trt  $\rightarrow$  PAS  $< 140$ mmHg et une PAD  $< 90$  mmHg.
- Hypertendus non équilibrés : patients sans trt, ou avec trt  $\rightarrow$  PAS  $> 140$  mmHg et une PAD  $> 90$  mmHg.

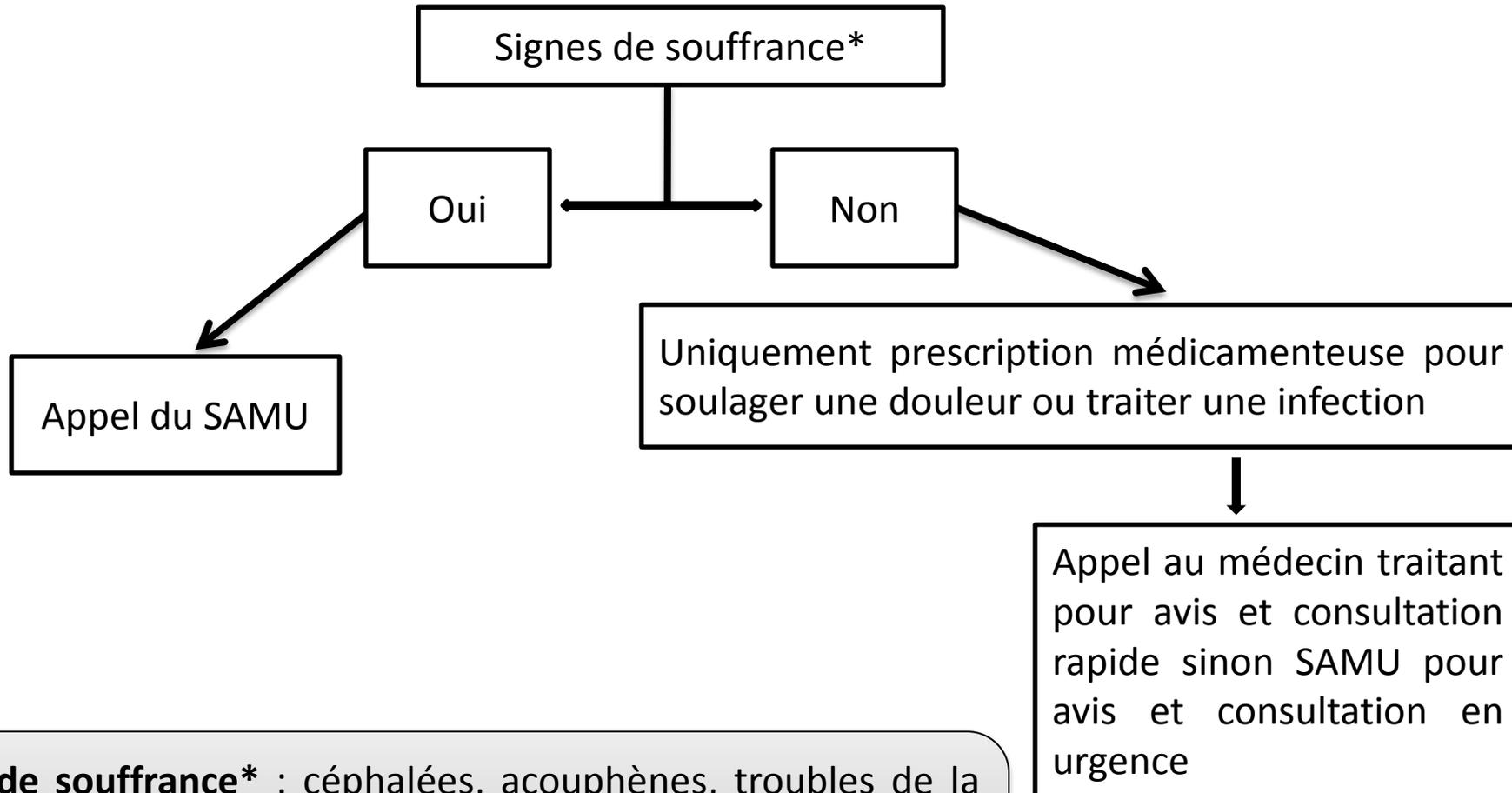
# Hypertension artérielle : Situations cliniques

- Patient présentant une HTA de grade I : Tous les soins peuvent être pratiqués en respectant les précautions générales.
- Patients présentant une HTA de grade II :



# Hypertension artérielle : Situations cliniques

- Patients présentant une HTA grade III :



**Signes de souffrance\*** : céphalées, acouphènes, troubles de la vue, douleur thoracique, essoufflement, confusion, vertiges  
**Patient à risque médical accru\*\*** : diabétique, insuffisant rénal, patient coronarien : angor ou antécédent d'IDM

# Hypertension artérielle

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	Oui	Non
Infectieux		√
Hémorragique	√	Traitement antiplaquettaire
Anesthésique	√	Précautions vasoconstricteurs
Médicamenteux	√	Interactions médicamenteuses
Autre	√	Risque de syndrome coronarien aigu ou d'hypotension orthostatique

# Hypertension artérielle : Précautions

## ➤ Générales :

- Mesurer la Pression artérielle du patient avant les soins
- Limiter le stress du patient
  - Prémédication sédatrice ou MEOPA
  - Analgésie efficace avant les soins
- Si le patient ne se sent pas bien durant la séance de soins (céphalées, acouphènes, vertiges ou troubles de la vue) → suspecter une crise hypertensive et arrêter les soins
- Éviter une hypotension orthostatique en fin de soin en relevant le patient lentement

## ➤ Vis-à-vis de l'anesthésie :

Limiter la dose de vasoconstricteur à 4 carpules adrénalinées à 1/200.000, au delà utiliser des carpules sans vasoconstricteur

# Hypertension artérielle : Précautions

## Vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

- **Antibiotiques** : pas de précautions particulières

### - **Antalgiques et anti-inflammatoires** :

• Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par diurétiques lorsqu'ils sont âgés et/ou déshydratés → risque d'insuffisance rénale aiguë

• Si prescription d'AINS ou corticoïdes chez les patients traités pour une HTA → recommander une surveillance accrue de la PA (diminution possible de l'effet anti-hypertenseur de certains traitements).

# MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

## **Cardiopathies vasculaires**

Angine de poitrine ou Infarctus du myocarde

## **Cardiopathies valvulaires**

congénitales ou infectieuses

## **Troubles du rythme cardiaque**

Arythmie, fibrillation, bradycardie

# RISQUES

## INFECTIEUX

- Manifestation la plus dangereuse
- 
- **Endocardite infectieuse**

## HEMORRAGIQUE

- Patients sous antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants
- La poursuite du traitement ne contre indique pas les soins conservateurs.
- **L'évaluation du bénéfice risque de l'arrêt des antithrombotiques est en faveur du maintien**

*S.F.C.O. 2013*

## SYNCOPAL

- Cardiopathies ischémiques
- Valvulopathies
- Cardiopathies congénitales
- Rétrécissement valvulaire aortique

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

La maladie coronarienne est le plus souvent la conséquence de la formation de plaques d'athérome dans la paroi des artères coronaires. Au sein de cette maladie on distingue plusieurs groupes d'affections :

- L'angor stable : appelé angine de poitrine.
- L'angor instable.
- L'infarctus du myocarde.

## **Angine de poitrine ou insuffisance coronaire**

**Incapacité pour la circulation coronaire d'apporter une quantité en O<sub>2</sub> satisfaisant les besoins métaboliques du myocarde. Elle occasionne une anoxie cellulaire qui apparaît le plus souvent à l'effort**

## **Infarctus du myocarde (IDM)**

**Nécrose ischémique massive du muscle cardiaque, liée le plus souvent à l'obstruction d'une artère coronaire par un thrombus fibrino-cruorique au contact d'une plaque d'athérome**

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

## Classification :

L'angor est classé en fonction du degré de gêne fonctionnelle

*société canadienne de cardiologie 2012*

<b>Classe I</b>	<b>Les activités quotidiennes ne sont pas limitées. L'angor survient lors d'efforts soutenus, abrupts ou prolongés.</b>
<b>Classe II</b>	<b>Limitation discrète lors des activités quotidiennes. L'angor survient à la marche rapide par exemple.</b>
<b>Classe III</b>	<b>Limitation importante de l'activité. L'angor survient en montant les escaliers sur un étage par exemple.</b>
<b>Classe IV</b>	<b>Impossibilité de mener la moindre activité physique sans douleur.</b>

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

- Chez un patient coronarien → stabilité de la maladie = facteur essentiel à considérer
- Risque de récurrence après IDM est le plus important dans les 30 1ers jours suivant IDM

Type de risque	Oui	Non	
<b>Infectieux</b>		√	
<b>Hémorragique</b>	√		Traitement antiplaquettaire
<b>Anesthésique</b>	√		Précautions vasoconstricteurs
<b>Médicamenteux</b>	√		Intéactions médicamenteuses
<b>Autre</b>	√		Risque de syndrome coronarien aigu ou d'hypotension orthostatique

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

## Précautions Générales

- Contacter le cardiologue si le patient n'est pas stable sur le plan coronaire
- Limiter le stress du patient :
  - Prémédication sédatrice : Diazépam (per os) et/ou MEOPA
  - S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins, séances courtes
  - ✓Eviter l'hypotension orthostatique en fin de séance en relevant le patient lentement
  - ✓Si le patient a de la Trinitrine comme traitement de crise → avant les soins si possible
  - ✓ Patients porteurs d'un stent → Le risque chez ces patients est lié à leur traitement associant en général de l'aspirine et/ou du clopidogrel (plavix) durant la 1<sup>ère</sup> année qui suit la pose.

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

## Précautions Générales

### Hémostase et coagulation

- Patients sous AAP : acide acétylsalicylique et / ou ticlopidine (abandonné) → clopidogrel (Plavix)
- La poursuite du traitement ne contre indique pas les soins conservateurs.
- L'évaluation du bénéfice risque de l'arrêt des antithrombotiques est en faveur du maintien « *SFMBCB* »
- Aspirine + Plavix → milieu hospitalier

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde

## Précautions Générales

- Oedème pulmonaire + infarctus → position assise +  $O_2$
- Malaise ou douleurs thoraciques → arrêter les soins et appel SAMU
- Douleur pulmonaire :  $O_2$  per canule (4 à 6 l / mn)
- Fonctions vitales surveillées +  $O_2$
- Arrêt cardiocirculatoire et/ou ventilatoire → massage cardiaque + ventilation artificielle
- Injection IV de morphine (2 mg) → réduit la douleur (répétée toutes les 5 min)

# Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde :

## Précautions

### Vis-à-vis de l'anesthésie :

Limiter la dose de vasoconstricteur à 4 carpules adrénalinées à 1/200.000, au delà utiliser des carpules sans vasoconstricteur.

Pas de vaso → troubles du rythme (mépivacaine 3 /100 ou prilocaine )

### Vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

Prendre en compte les autres maladies et traitements du patient :

**Pas de barbituriques, ni de narcotiques → cardio dépressifs**

**Antibiotiques :** macrolides sont déconseillés chez les patients traités par statines

**Antalgiques et anti-inflammatoires :** Pas d'A. I. N. S. → patients avec infarctus  
Prescription d'AINS et corticoïdes → peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (bétabloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteur calcique, antagoniste de l'angiotensine II) (risque faible avec un trt court).  
Si le patient est traité pour une HTA → demander une surveillance accrue de sa PA<sub>35</sub>

# Maladie coronarienne

## Angor et infarctus du myocarde :

### Situations cliniques

Patient ayant un angor stable

Angor de classe I

Angor de classe II

Angor de classe III

Angor de classe IV

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Décision à prendre avec le cardiologue traitant en fonction des actes à réaliser

Prise en charge au cabinet dentaire en respectant les précautions générales

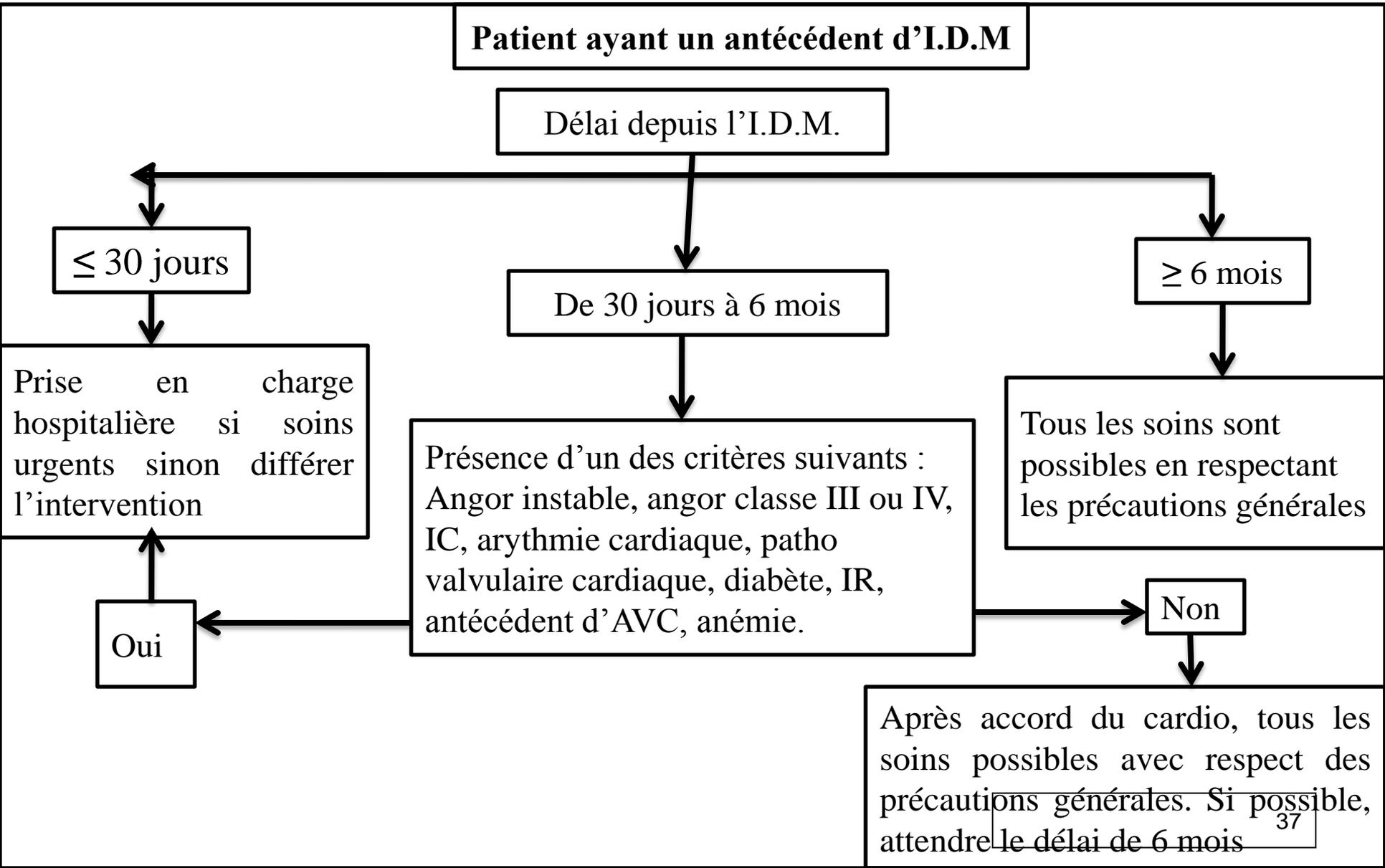
Ou

Prise en charge hospitalière

Prise en charge hospitalière

# Maladie coronarienne

## Angor et infarctus du myocarde : Situations cliniques



# INSUFFISANCE CARDIAQUE

Etat dans lequel le cœur n'est plus à même d'assurer efficacement la perfusion des organes périphériques au repos ou à l'effort.

## Classification

I	II	III	IV
Pas de symptômes ni de limitation de l'activité ordinaire	Limitation légère de l'activité : à l'aise au repos, mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations ou une dyspnée	Réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos, mais une activité physique moindre entraîne une fatigue, des palpitations ou une dyspnée	Limitation sévère : symptômes présents même au repos.

# INSUFFISANCE CARDIAQUE

## Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non	
<b>Infectieux</b>		√	
<b>Hémorragique</b>	√		Traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
<b>Anesthésique</b>	√		Précautions vasoconstricteurs
<b>Médicamenteux</b>	√		Interactions médicamenteuses
<b>Autres</b>	√		Risque de décompression ou d'hypotension orthostatique

- Le stress et/ou la douleur peuvent provoquer une décompensation de l'IC
- La décompensation aiguë de l'IC est l'œdème aigu du poumon
- Les traitements antihypertenseurs peuvent provoquer une hypotension orthostatique

# INSUFFISANCE CARDIAQUE :

## Situations cliniques

- **Patient présentant une insuffisance cardiaque grade I ou II** : tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.
- **Patient présentant une insuffisance cardiaque grade III** : avis du cardiologue pour déterminer, en fonction des soins à réaliser, si la prise en charge doit avoir lieu en milieu hospitalier ou en cabinet dentaire.
- **Patient présentant une insuffisance cardiaque grade IV** : prise en charge hospitalière.

# INSUFFISANCE CARDIAQUE : précautions

## ➤ Générales :

- Contacter le médecin traitant : stade et stabilité de la maladie
- Limiter le stress du patient :
  - Prémédication sédatrice et/ou MEOPA (si le patient est stressé).
  - S'assurer d'avoir une analgésie efficace
- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs
- Éviter une hypotension orthostatique en fin de soins en relevant le patient lentement.
  - Œdème pulmonaire → position assise
  - Troubles ventilatoires → pas de digue sinon O<sub>2</sub> (canule nasale)

## ➤ Vis-à-vis de l'anesthésie :

- Limiter la dose de vasoconstricteur à 4 carpules adrénalinées à 1/200.000, au delà utiliser des carpules sans vasoconstricteur.
- pas de vasoconstricteurs si troubles du rythme

# INSUFFISANCE CARDIAQUE : précautions

## Vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

### ➤ **Antibiotiques :**

Pas de précautions particulières (considérer les autres maladies et/ou trts du patient).

### ➤ **Antalgiques et anti-inflammatoires :**

Prescription d'AINS et de corticoïdes → peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (bétabloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteur calcique, antagoniste de l'angiotensine II), mais ce risque est faible avec un traitement court. Si le patient est traité pour une HTA, lui demander une surveillance accrue de sa PA.

Pas d'A. I. N. S. → patients sous anticoagulants

### ➤ **Pas de barbituriques, ni de narcotiques → cardio dépressifs**

# Arythmies cardiaques, pacemakers et défibrillateurs

Arythmies cardiaques = anomalies du rythme cardiaque, fréquentes ;  
Fibrillation auriculaire est l'arythmie la plus fréquente.

## Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non
Infectieux		√
Hémorragique	√	Traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
Anesthésique	√	Précautions vasoconstricteurs et technique employée
Médicamenteux	√	Interactions médicamenteuses
Autres	√	Risque de dysfonctionnement des appareils cardiovasculaires implantables

- Stress et/ou douleur peuvent provoquer → décompensation de l'arythmie cardiaque.
- Interférences électromagnétique entre dispositifs cardiovasculaires implantables (nouvelle génération sont moins sensibles) et certains matériels dentaires.

# Arythmies cardiaques, pacemakers et défibrillateurs

## Situations cliniques :

- Arythmie non contrôlée ou non traitée → prise en charge hospitalière.
- Arythmie contrôlée et traitée → tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.
- Porteur de pacemaker ou défibrillateur implantable →  
Respecter les précautions générales

## Précautions générales :

- Contacter le cardiologue traitant
- Limiter le stress du patient :  
Prémédication sédatrice et/ou MEOPA (si le patient est stressé)  
S'assurer d'avoir une analgésie efficace

# Arythmies cardiaques, pacemakers et défibrillateurs

## **Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :**

Eviter injections intra-osseuses d'anesthésiques avec vaso chez patients arythmiques  
→ provoque élévation plus importante du rythme cardiaque et pression artérielle  
→ Limiter la dose de vasoconstricteur à 4 carpules adrénalinées à 1/200.000, au delà utiliser des carpules sans vasoconstricteur ; pas de taux excessifs de vasoconstricteurs  
Pas de vasoconstricteurs → arythmies sévères (patients non contrôlés)  
prudence chez les patients sous digitalique

## **Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :**

### **Antibiotiques :**

Macrolides à éviter chez patients traités par digitaliques (augmentation de la digoxinémie) et à surveiller en cas d'association avec le Sotalex.

### **Antalgiques et anti-inflammatoires :**

AINS et corticoïdes peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (bétabloquant, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteur calcique, antagoniste de l'angiotensine II), mais ce risque est faible avec un traitement court. Si le patient est traité pour une HTA, demander une surveillance accrue de sa PA. Le tramadol et l'ibuprofène sont à éviter chez les patients traités par digoxine (augmentation de la digoxinémie).

# BRADYCARDIES

## Précautions générales (idem arythmie) sauf :

- Eviter les médicaments cardiodépresseurs
- Pace maker > 6 semaines → pas de prophylaxie anti-infectieuse
- Interférences électromagnétiques → pace maker / pulpe tester, ultrason ou bistouri électrique

## Précautions spécifiques

- Patient à risque faible : idem ci-dessus
- Patient à risque modéré :
  - Porteur d'un pace maker → examen récent + ECG
  - Procédures non chirurgicales réalisées avec précautions
  - Actes chirurgicaux → C. H. U.(monitorage)
- Patient à risque élevé :
  - Soins reportés → évaluation et traitement
  - Bradycardie → soins arrêtés → assistance médicale
  - Arrêt cardiaque → massage cardiaque externe + ventilation artificielle

# SOUFFLES CARDIAQUES « organique »

- Consultation et informations médicales
- Anesthésie : Pas de vaso → troubles du rythme ou patients non contrôlés
- Risque infectieux → antibioprophylaxie  
RAA → autre antibiotique ( pristinamycine ou clindamycine)
- Soins urgents → antibioprophylaxie ( bactériémie)

# Rhumatisme articulaire aigu

## RAA sans lésions cardiaques

Patient sous trt préventif : Extencilline® (1 inj IM/1fois/ 3 semaines)

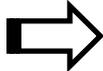


Prophylaxie suffisante pour éviter une greffe bactérienne (streptocoque A)



Prise en charge de préférence le jour qui suit cette injection

## RAA avec lésions cardiaques (prophylaxie à vie)

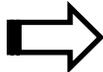
Si péricardite ou myocardite isolée  greffe bactérienne rare



Aucune autre prophylaxie hormis celle précédemment décrite

Si péricardite ou myocardite  atteinte de l'endocarde



Risque d'EI **très important**  Antibioprophylaxie de règle

# VALVULOPATHIES RHUMATISMALES

Fièvre rhumatismale



Dommmages cardiaques = séquelles de la fièvre rhumatoïde



valvulaire, myocardique, péricardique

- Consultation et informations médicales
- Stress et anesthésie : Idem ci dessus  
Pas de vaso → troubles du rythme ou patients non contrôlés
- Risque infectieux → antibioprophylaxie  
RAA → autre antibiotique ( pristinamycine ou clindamycine)
- Soins urgents → prophylaxie anti-infectieuse ( bactériémie)

# Valvulopathies non rhumatismales

- Affections valvulaires sténotiques ➡ aortique + mitrale
- Régurgitations valvulaires ➡ aortique + mitrale + tricuspидienne
- Précautions générales ➡ idem valvulopathies rhumatismales
- Anticoagulants ➡ éviter médicaments qui  $\searrow$  ou  $\nearrow$  effet antivit K  
( $\nearrow$  I.N.R. ► *amoxicilline*  $\pm$  *acide clavulanique*  $\pm$  *métronidazole*,  
*macrolides sauf spiramycine*)
- Digitaliques ➡ respecter contre-indications inj I.V sel de  $Ca^{2+}$
- Régime désodé ➡ éviter médicaments ( $Na^{+}$ )

# CARDIOPATHIES CONGENITALES

- Sténose pulmonaire
- Coarctation de l'aorte
- Communication interauriculaire (CIA)
- Communications inter ventriculaires (CIV)
- Malformation du septum auriculaire
- Persistance du canal artériel
- Tétralogie de Fallot
- Prolapsus de la valve mitrale

# CARDIOPATHIES CONGENITALES : PRECAUTIONS

- Consultation et informations médicales
  
- Risque infectieux → antibioprophylaxie
  - C. C. à haut risque (cyanogènes)
  - Trt Ab longue durée → pristinamycine ou clindamycine
  - Correction chirurgicale → exposés pdt cicatrisation
  - Absence de prothèse cardiaque ↘ risque
  - Hygiène et asepsie respectées

# CARDIOMYOPATHIES

- 03 formes :
  - Dilatées forme congestive
  - Hypertrophiques et obstructives
  - Restrictives
- Risque infectieux → + Antibioprophylaxie (affection valvulaire)
- Prescription → pas d'agents déprimant la ventilation
- Soins urgents :
  - Troubles ventilatoires → pas de digue sinon O<sub>2</sub> (canule nasale)
  - Œdème pulmonaire → position assise

# PROPHYLAXIE DES ENDOCARDITES INFECTIEUSES ET ENDODONTIE

## Patients à risque d'endocardite infectieuse

Greffes bactériennes provoquées par manipulations endodontiques incontrôlées peuvent déclencher des réactions immuno-pathologiques se traduisant par de nouvelles lésions cardiaques, mettant en jeu le pronostic vital de notre patient.

### Conséquences d'une greffe microbienne sur la valve cardiaque



Locales

Lésions valvulaires

Répercussions



Générales

Insuffisance cardiaque  
complications infectieuses, Vx ou rénales

# Endocardite infectieuse et endodontie

- Bactériémie = Passage transitoire de bactéries dans la circulation sanguine à partir d'une porte d'entrée dont la cavité buccale est la plus fréquente (endocardite 30 mn après l'acte)
  - Spontanée ► A partir d'un foyer infectieux, lors de la mastication, brossage dentaire
  - Provoquée ► par tout acte dentaire saignant en fonction du degré de septicité buccale
- Principaux germes en cause = streptocoques VGS (groupe viridans), staphylocoques (effraction de la peau ) et certains entérocoques
- Manœuvres chirurgicales (en 1<sup>er</sup> lieu, l'extraction) qui induisent le plus une bactériémie. les activités courantes (brossage, mastication) ont une probabilité plus élevée de la déclencher

# Risque d'endocardite bactérienne d'origine endodontique

- Traitements endodontiques → bactériémie faible
- Prédilection aux bactériémies lors des procédures endodontiques concerne les trts endo sur dents aux canaux infectés (0 à 15 % des cas), de courte durée (10-30 mn)
- Dans les canaux infectés → bactéries forment des biofilms sur les parois canalaire et au niveau du foramen apical, ne demandant qu'à être poussées dans le périapex (bactériémies : 34 % à 50 % avec instrumentation intentionnelle au-delà de l'apex)
- Il est quasi- impossible d'exclure un franchissement foraminal de bactéries
- Dents infectées porteuses de parodontites apicales, traitées ou non, devront être extraites
- Pour les dents dont la dépulpage n'est pas contre-indiquée, les limites et les exigences biomécaniques du trt endo justifient de recourir à l'antibioprophylaxie

# Actes buccodentaires entraînant une bactériémie

ANSM 2011

Actes	Fréquence	Intensité moyenne (UFC ml-1)
- Pose d'une digue	29,4 % à 54 %	1 à 1,9
- Anesthésie locale	16 %	-
- Anesthésie intraligamentaire	96,6 %	-
- Sondage parodontal	16 % à 20 %	-
- Détartrage	17 %	1,12 à 5,8
- Avulsion simple	8 % à 100 %	-
- Avulsion DDS semi-incluse	55 % à 88 %	1,34
- Avulsion DDS incluse	40 %	-
- Gingivectomie	83,3 %	-
- Traitement endodontique (sans dépassement)	0 %	-
- Traitement endodontique (avec dépassement)	31,2 %	-
- Traitement endodontique (pas de précision si éventuel dépassement)	20 % à 42 %	0,54
- Pose de matrice	32,1 % à 66 %	4,8
- Dépose sutures	5 % à 8,3 %	-

*UFC : Unité formant des colonies*

# Actes de la vie quotidienne entraînant une bactériémie

ANSM 2011

Actes	Fréquence	Intensité moyenne (UFC ml-1)
Mastication	17 à 51 %	
Brossage manuel	0 à 45,4 %	0,11 à 0,29 %
Brossage électrique rotatoire	34 à 72,7 %	0,28 %
Chewing gum	0 à 6,6 %	0,15 %
Fil dentaire	20	-
Hydropulseur	7 à 50 %	-

**UFC : Unité formant des colonies**

Après la 1<sup>ère</sup> édition de 2001, l'Afssaps (Juillet 2011) a réactualisé ses recommandations de bonnes pratiques dans le domaine bucco-dentaire.

Selon la littérature et les avis d'experts, des groupes à risque ont été déterminés en fonction du patient, des actes bucco-dentaires et du risque de survenue de bactériémies

### **3 catégories de patients :**

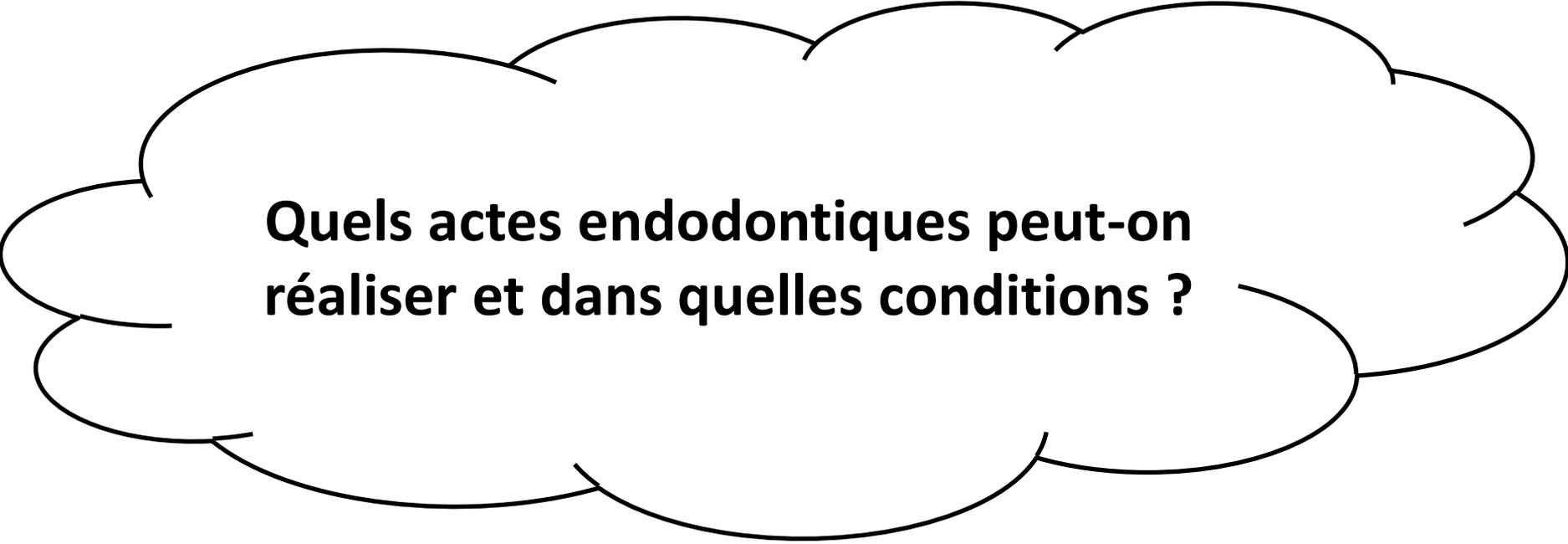
- **Patients de la population générale** → absence d'immunodépression ou de cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse)
- **Patients immunodéprimés** → Risque infectieux considéré comme lié à tout facteur responsable d'une immunodépression (congénitale ou acquise)  
• « *En l'absence de critères objectifs, biologiques ou cliniques, permettant de l'évaluer, la décision d'inclure un patient dans cette catégorie de risque doit être prise en bonne intelligence entre, d'une part, le chirurgien-dentiste ou le stomatologue et, d'autre part, les médecins concernés* »
- **Patients à haut risque d'endocardite infectieuse**

# Patients à haut risque d'endocardite infectieuse

- ❖ Porteurs de prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou d'un matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique)
- ❖ Antécédents d'endocardite infectieuse
- ❖ Cardiopathie congénitale cyanogène qui peut prendre plusieurs formes :
  - Non opérée ou présentant une dérivation chirurgicale pulmonaire-systémique
  - Opérée mais présentant un shunt résiduel
  - Opérée avec la mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée sans fuite résiduelle (seulement dans les 6 mois suivant la mise en place)
  - Ou opérée avec la mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel

# Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	✓		Risque d'endocardite infectieuse
Hémorragique	✓		Si traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des techniques employées
Médicamenteux		✓	
Autre		✓	



**Quels actes endodontiques peut-on réaliser et dans quelles conditions ?**

# Situations cliniques

Actes non invasifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actes de prévention non sanglants</li> <li>- Soins conservateurs - Dépose post-opératoire de sutures</li> <li>- Prise de radiographie dentaire - Soins prothétiques non sanglants</li> <li>- Pose de prothèses amovibles - Pose ou ajustement d'appareils ortho</li> </ul>
Actes invasifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actes impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région péri apicale de la dent, ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors de l'anesthésie locale ou loco-régionale).</li> <li>- Pulpectomie sur monoradiculée à la rigueur la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles, en une seule séance.</li> </ul>
Actes contre-indiqué	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésie locale intraligamentaire</li> <li>- Traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire</li> <li>- Traitement endodontique des dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans champ opératoire (digue)</li> <li>- Traitement endodontique sur pluriradiculées à pulpe vivante.</li> <li>- Amputation radiculaire</li> <li>- Réimplantation</li> <li>- Chirurgie périapicale</li> </ul>

## Actes invasifs

Considéré comme invasif un acte susceptible d'induire une infection locale, à distance ou générale.

Pour la population générale (accord professionnel)



La plupart des actes invasifs ne nécessitent pas d'antibiothérapie prophylactique

Patient immunodéprimé (accord professionnel)



L'antibiothérapie prophylactique dépendra des situations cliniques

Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse (cardiopathie à haut risque)



L'antibiothérapie prophylactique est en revanche recommandée (grade B)

Tissus mous + osseux + gestes mineurs → sang → bactériémie → EI (patient susceptible)

## **Actes non invasifs**

- Quelle que soit la pathologie rencontrée, toute prescription antibiotique doit être clairement expliquée au patient (posologie et durée de traitement)
- La stratégie de prescription repose sur la « complète compréhension du patient »
- L'importance d'informer systématiquement le patient qu'« une consultation chez son médecin est nécessaire en cas d'apparition de symptômes infectieux généraux à la suite d'un acte invasif, que celui-ci ait fait l'objet ou non d'une antibioprophylaxie »
- Quel que soit le niveau de risque infectieux du patient, l'antibiothérapie prophylactique n'est pas indiquée pour la réalisation d'actes non invasifs (cf tableau précédent)

# Conduite endodontique à tenir chez un patient à haut risque d'endocardite

**Dent à pulpe vitale**



## **Endodontie strictement contrôlée**

- Antibioprophylaxie (Prise unique, 1h avant)
- Asepsie stricte (digue étanche obligatoire)  
+ Antiseptie préop (chlorhexidine)
- Séance unique
- Endodonte totalement accessible (monoradiculées)

**Dent à pulpe non vitale**  
**Retraitement endodontique**  
**Chirurgie endodontique**



**Endodontie strictement contre-indiquée**

**Anesthésie intraligamentaire contre-indiquée chez un patient à haut risque d'EI**

**En toutes circonstances :**  
**Avis du cardiologue - information et consentement du patient**  
**Praticien compétent, instauration d'un suivi**

## Décisions endodontiques avant une chirurgie cardiovasculaire à risque d'endocardite

- Recherche des signes d'infection dentaire à l'aide d'une tomographie dentaire + clichés rétro-alvéolaires + test à la percussion de toutes les dents suspectes
- D'un point de vue endodontique les recommandations sont les suivantes :
  - Réaliser les traitements nécessaires des dents pulpées, sous antibioprophylaxie systématique
  - Une dent asymptomatique correctement traitée endo depuis plus d'un an, sans élargissement desmodontal radio correcte et sans image périapicale radio- claire et/ou radio- dense doit faire envisager une attitude conservatrice.
  - Extraire 15 jours avant les dents infectées et les dents traitées présentant un traitement incomplet qui justifieraient un retraitement endodontique
  - Il est impossible d'affirmer qu'un canal a été rendu stérile par un trt endo même bien conduit cependant en deçà d'un certain seuil, la présence de bactéries résiduelles intracanales ne suffit pas à définir un processus infectieux actif

## Décisions endodontiques avant une chirurgie cardiovasculaire à risque d'endocardite

- Un traitement radio insuffisant fait-il courir un risque important au patient, et doit-on alors extraire systématiquement puisque le retraitement est contre-indiqué chez ces patients ? Il n'y a pas de réponse satisfaisante à cette question, car certaines dents pourront développer une pathologie, d'autres rester silencieuses. Il faut décider au cas par cas, en accord avec le spécialiste.
- Si on envisage de conserver une dent avec un traitement endo correct ou discutable, il est indispensable que la décision soit prise avec l'accord du spécialiste et du patient.
- Patient instruit du risque, consent à la proposition thérapeutique, accepte de se soumettre aux contrôles périodiques clinique et radio de ses dents traitées. On l'informerá en particulier de la nécessité de consulter sans tarder dès l'apparition du moindre signe de complications.
- La prise en charge endo doit s'inscrire dans une prise en charge globale, qui implique notamment l'instauration d'une HBD stricte et des contrôles réguliers par l'équipe dentaire.

- ▶ Recommandée selon le risque infectieux du patient et l'acte invasif pratiqué
- ▶ Instaurée pour limiter un risque d'endocardite infectieuse ou pour limiter un risque d'infection locale et son extension éventuelle
- ▶ Elle s'utilise donc en l'absence de tout foyer infectieux et consiste en l'administration par voie systémique d'une dose unique de l'antibiotique dans l'heure qui précède l'acte invasif
- ▶ Prise supplémentaire 1h après (si complication per- opératoire)
- ▶ Espacement de 10 jours en cas de séances multiples
- ▶ Préférer Pristinamycine/Clindamycine → si 2<sup>ème</sup> antibioprophylaxie (utilisation Amoxicilline lors de la 1<sup>ère</sup>, exceptés patients allergiques)
  - Changement de molécule à la seconde prescription
  - Consulter en cas de fièvre ou symptômes dans le mois qui suit le geste dentaire

# Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique en endodontie

Actes bucco-dentaires Invasifs	PATIENT		
	Population générale	Immunodéprimé	Haut risque d'endocardite
Mise en place d'une digue	-	-	R <sub>B</sub>
Soins endodontiques :	-		
Traitement des dents à pulpe vitale	-	R	R <sub>B</sub>
Traitement des dents à pulpe nécrosée	-	R	acte contre-indiqué
Reprise de traitement †	-	R	acte contre-indiqué
Chirurgie périapicale :	-		
Sans comblement à l'aide d'un substitut osseux	- A	R	acte contre-indiqué
Avec comblement à l'aide d'un substitut osseux	-	R	acte contre-indiqué

- : prescription non recommandée

R : prescription recommandée

† : avec ou sans lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (L.I.P.O.E.)

## Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique pour les autres actes bucco-dentaires invasifs

Actes bucco-dentaires invasifs	PATIENT		
	Population générale	Immunodéprimé	Haut risque d'endocardite infectieuse
Anesthésie locale ou locorégionale dans un tissu non infecté	-	-	-
Anesthésie locale intraligamentaire	-	R*	acte contre-indiqué
Soins prothétiques à risque de saignement	-	R	R <sub>B</sub>
Soins orthodontiques à risque de saignement	-	R	R <sub>B</sub>

- : prescription non recommandée

R : prescription recommandée

\* Chez le patient immunodéprimé, une anesthésie locale ou locorégionale devra être préférée à l'anesthésie intraligamentaire

## Schémas d'administration préconisés pour l'antibiothérapie prophylactique

		Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
Situation	Antibiotique	Adulte	Enfant
		Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g – v.o. ou i.v.	50 mg/kg – v.o. ou i.v.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg - v.o. ou i.v.	20 mg/kg – v.o.† ou i.v

v.o. : voie orale.

i.v. : voie intraveineuse, lorsque la voie orale n'est pas possible.

† : du fait de sa présentation pharmaceutique disponible pour la voie orale, la clindamycine est recommandée chez l'enfant à *partir de 6 ans* (prise de gélule ou comprimé contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans par risque de fausse route). La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

# *Recommandations endodontiques de l'ANSM juillet 2011*

## Antibiothérapie curative

- ✓ Est subordonnée à la mise en évidence d'un foyer infectieux
- ✓ Réserver cette prescription aux situations pour lesquelles elle est recommandée
- ✓ En complément du traitement local adéquat (débridement, drainage, chirurgie), en particulier dans le traitement des maladies parodontales et des périimplantites
- ✓ Quel que soit le niveau de risque infectieux du patient, en présence d'une infection accompagnée de : fièvre, trismus, adénopathie ou œdème persistant ou progressif → antibiothérapie curative indiquée en complément du traitement local adéquat
- ✓ L'antibiothérapie curative ne devra ni différer ni se substituer au traitement étiologique non médicamenteux, en particulier chirurgical, du foyer infectieux ;

# *Recommandations endodontiques de l'ANSM juillet 2011*

## Antibiothérapie curative

- ✓ Certaines situations, traitements ou pathologies offrent un terrain propice à des infections potentielles et peuvent altérer le pronostic dentaire, tels que : traumatismes alvéolo-dentaires ou réimplantation d'une dent luxée.
- ✓ En fonction du niveau de risque du patient, certaines situations peuvent présenter des difficultés thérapeutiques :
  - Traitement chirurgical d'une sinusite
  - Alvéolite sèche
  - Ostéoradionécrose
  - Ou ostéonécrose d'origine médicamenteuse sans symptomatologie infectieuse

Ces situations peuvent nécessiter un traitement antibiotique probabiliste par voie systémique.

*Aussi complètes soient ces recommandations de bonne pratique, il va sans dire qu'elles restent d'ordre général et ne peuvent se substituer au jugement clinique du praticien face à la situation individuelle de chaque patient.*

# Antibiothérapie curative dans le traitement des caries, pulpopathies, complications périapicales, maladies parodontales

Pathologies d'origine infectieuse	PATIENT		
	Population générale	Immunodéprimé	Haut risque d'endocardite infectieuse
Caries	-	-	-
Pulpopathies et complications périradiculaires :			
Pulpopathies (pulpites réversibles ou irréversibles)	-	-	-*
Complications de la pathologie pulpaire	-	-	SO*
Abcès parodontal	-	R	R
Lésion combinée endo-parodontale	-	-	SO†

- : prescription non recommandée (Accord professionnel). R : prescription recommandée.

SO : sans objet, car l'acte local adapté est contre-indiqué.

\* : chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, le traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement endodontique, et le traitement endodontique des dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans champ opératoire (digue) sont contre-indiqués (Accord professionnel).

† : chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, en présence d'une lésion endo-parodontale responsable d'une nécrose pulpaire, le traitement consistera en l'avulsion de la dent.

## Schémas d'administration préconisés chez l'adulte

(posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale)

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"><li>- amoxicilline : 2 g/j en 2 prises</li><li>- azithromycine : 500 mg/j en 1 prise*</li><li>- clarithromycine : 1000 mg/j en 2 prises</li><li>- spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises</li><li>- clindamycine : 1200 mg/j en 2 prises</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/j en 2 prises à 3 g/j en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline)</li><li>- amoxicilline : 2 g/j en 2 prises et métronidazole : 1500 mg/j en 2 ou 3 prises</li><li>- métronidazole : 1500 mg/j en 2 ou 3 prises et azithromycine : 500 mg/j en 1 prise* ou clarithromycine : 1000 mg/j en 2 prises</li><li>Ou spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises</li></ul>

# Schémas d'administration préconisés chez l'enfant

(posologies quotidiennes pour un enfant à fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte)

	Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention	Traitement de 2 <sup>ème</sup> intention
cas général	<ul style="list-style-type: none"><li>- amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/j en 2 prises</li><li>- azithromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 jours*</li><li>- clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/j en 2 prises</li><li>- spiramycine : 300 000 UI/kg/j en 3 prises</li><li>- clindamycine† : 25 mg/kg/j en 3 ou 4 prises</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 80 mg/kg/j en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline)</li><li>- amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/j en 2 prises et métronidazole : 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises</li><li>- métronidazole 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises et azithromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/j en 1 prise*</li><li>ou clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/j en 2 prises</li><li>ou spiramycine : 300 000 UI/kg/j en 3 prises</li></ul>

Durée des traitements : 7 jours, sauf \* et ‡.

\* : durée du traitement 3 jours.

† : du fait des présentations pharmaceutiques de la clindamycine et la pristinamycine disponibles pour la voie orale, ces antibiotiques recommandés chez l'enfant à *partir de 6 ans* (prise de gélule ou comprimé contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans, par risque de fausse route). La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

‡ : en une prise, le midi ou le soir, pendant le repas, au plus tard 1 heure avant le coucher ; en dessous de 60 kg, 200 mg le premier jour puis 100 mg les jours suivants. Durée du traitement : 14 jours. L'emploi de ce médicament doit être évité chez l'enfant de moins de 8ans en raison du risque de coloration permanente des dents et d'hypoplasie de l'émail dentaire.

# *Prise en charge hospitalière*

- Patients présentant des signes infectieux locaux associés à un retentissement général, en particulier sur terrain à risque d'infection générale, ou chez qui l'administration par voie orale est rendue impossible, devront être hospitalisés.
- Patients présentant une ostéoradionécrose surinfectée. Le choix du traitement antibiotique relève d'un avis spécialisé.
- Pour le traitement de l'ostéonécrose d'origine médicamenteuse surinfectée, la littérature ne permet pas de dégager un protocole validé de prescription antibiotique.
- Chez l'adulte, amoxicilline + métronidazole recommandée pour traiter une ostéonécrose d'origine médicamenteuse surinfectée, à raison de 2 g d'amoxicilline / jour, en 2 prises, et de 1500 mg de métronidazole/ jour en 2 ou 3 prises, jusqu'à amendement des signes infectieux locaux.
- En cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines chez l'adulte, la clindamycine sera prescrite à raison de 1200 mg par jour, en deux prises, jusqu'à amendement des signes infectieux locaux.

## ANTIBIOTHERAPIE POUR LES CAS PARTICULIERS

Certaines situations, traitements ou pathologies offrent un terrain propice à des infections potentielles qui peuvent altérer le pronostic dentaire (traumatismes alvéolo-dentaires, réimplantation d'une dent luxée) ou qui sont, selon le niveau de risque du patient, difficiles à traiter (traitement chirurgical d'une sinusite, alvéolite sèche, ostéoradionécrose ou ostéonécrose d'origine médicamenteuse sans symptomatologie infectieuse). Ces situations peuvent nécessiter un traitement antibiotique probabiliste par voie systémique.

Cas particuliers	PATIENT		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Traumatisme alvéolo-dentaire avec ou sans effraction muqueuse ou osseuse	-	R	R
Réimplantation d'une dent luxée lors d'un traumatisme	-*	R	acte contre-indiqué

# ANTIBIOTHERAPIE POUR LES CAS PARTICULIERS

Cas particuliers	PATIENT		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Prévention de l'ostéoradionécrose (en cas d'acte chirurgical sur secteur irradié)	SO	R†	SO
Prévention de l'ostéonécrose d'origine médicamenteuse (en cas d'acte chirurgical) : Bisphosphonates par voie orale Bisphosphonates par voie intra-veineuse (BPIV)	- R†	- R†	R† R†
Ostéoradionécrose sans symptomatologie infectieuse	SO	-	SO
Ostéonécrose d'origine médicamenteuse sans symptomatologie infectieuse	SO	-	SO

- : prescription non recommandée (Accord professionnel).

R : prescription recommandée (Accord professionnel).

\* : en l'absence d'argument scientifique, l'utilité de l'antibiothérapie curative n'est pas établie.

† : première prise dans l'heure qui précède l'acte chirurgical.

SO : sans objet (car le patient doit être traité comme un patient immunodéprimé).

## Schémas d'administration préconisés pour l'antibiothérapie des cas particuliers

Antibiotique	Adulte Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Enfant Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Amoxicilline	2 g/jour en deux prises – v.o. ou i.v.‡	50 à 100 mg/kg/jour en deux prises – v.o. ou i.v.‡
Clindamycine	1200 mg/jour en deux prises – v.o. ou i.v.‡	25 mg/kg/jour en trois ou quatre prises – v.o.† ou i.v.‡

Durée des traitements : jusqu'à cicatrisation muqueuse pour la prévention de l'ostéoradionécrose et la prévention de l'ostéonécrose d'origine médicamenteuse (BPIV). 7 jours pour les autres situations.

v.o. : voie orale. i.v. : voie intraveineuse.

† : du fait de sa présentation pharmaceutique disponible pour la voie orale, la clindamycine est recommandée chez l'enfant à *partir de 6 ans* (prise de gélule ou comprimé contre- indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans, par risque de fausse route). La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

‡ : Relais oral le plus précoce possible avec amoxicilline, ou clindamycine.

*Les situations dans lesquelles les antibiotiques sont indiqués en médecine bucco-dentaire sont les moins fréquentes, le traitement étiologique d'un foyer infectieux étant le plus souvent non médicamenteux.*

*L'hygiène orale revêt un caractère fondamental dans la prévention des infections en médecine bucco-dentaire.*

Hygiène B - D + Trt précoce des caries + Tout trt sous antibiotique

# DIABÈTE

## Définition

Altération métabolique dont le diagnostic est basé sur l'augmentation de la glycémie à jeun (supérieure à 1,26 sur deux prises consécutives). Cette maladie résulte d'une carence en sécrétion d'insuline et/ou d'une résistance des cellules cibles à l'action de cette hormone. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) reflète l'équilibre du diabète sur les 3 derniers mois.

## Classification de l'OMS :

Type 1	Débute en général avant 30 ans. Il est dû à une absence de sécrétion d'insuline par destruction des cellules $\beta$ des îlots de Langerhans du pancréas.
Type 2	Débute en général après 40 ans chez un sujet en surpoids. Principalement dû à une insulino-résistance des cellules cibles.
Secondaire	A certaines pathologies : pancréatiques, hépatiques, endocriniennes (thyroïdes, surrénales), maladies génétiques, ou certains trts hyperglycémiantes comme les corticoïdes.
Gestationnel	Durant la grossesse

# DIABÈTE

## Equilibre du diabète et risque infectieux :

- Diabète considéré comme équilibré →  $HbA1c \leq 7\%$
- Diabétique non équilibré ( $HbA1c > 7\%$ ) → considéré comme ayant un risque infectieux potentiellement accru.

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

- Une infection peut entraîner un déséquilibre du diabète
- Le risque d'extension d'un foyer infectieux augmente lorsque la glycémie augmente
- Le stress peut entraîner une décompensation aigue
- Chez le patient non équilibré → éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires
- Cellulite maxillo-faciale = urgence médico-chirurgicale → prise en charge au C.H.U.
- Tout acte sanglant même mineur doit être précédé d'une antibioprophylaxie.
- Tout acte chirurgical non urgent doit être réalisé après détermination du rapport bénéfice/risque.

# DIABÈTE

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		En cas de diabète non équilibré
Hémorragique		√	
Anesthésique		√	
Médicamenteux	√		Interactions médicamenteuses
Autre	√		Risque de malaise hypoglycémiant

# DIABÈTE

## Situations cliniques :

HbA1c  $\leq$  7% : Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

HbA1c  $>$  7 :

### Actes non invasifs

- Actes de prévention
- Soins conservateurs
- Soins prothésistes non sanglants
- Dépose de points de sutures
- Pose de prothèses amovibles
- Pose ou ajustement d'appareil orthodontique
- Prise de radio intrabuccale

Respecter les précautions générales

### Actes non invasifs

Tous les actes impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région périapicale ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors de l'anesthésie locale ou locorégionale)

Actes impliquant une cicatrisation muqueuse ou osseuse

Non

Respecter les précautions générales  
Protocole anti infectieux niveau A \*

Oui

Respecter les précautions générales  
Protocole anti infectieux niveau B \*

Prendre en compte les cofacteurs de risque infectieux : tabagisme, éthyliste, âge  $>$ 75 ans, mauvais état bucco dentaire (tartre, plaque, mauvaise hygiène), neutropénie

# DIABETE

## Précautions générales :

- L'hyperglycémie réduit la fonction phagocytaire des granulocytes qui augmente le risque infectieux et retarde la cicatrisation.
- Endodontie → éviter l'infection ( ↗ glycémie)
- Connaitre le dernier taux d'HbA1c du patient.
- Contact systématique du médecin traitant pour les patients ayant une HbA1c cible de 8% ou 9% et présentant un taux d'HbA1c > 7.
- Examen dentaire complet annuel ou bi-annuel recommandé chez les patients diabétiques (équilibrés et non équilibrés).
- Patients insulino-dépendants → planifier les soins de préférence après un repas
- Source de glucose doit pouvoir être utilisée en cas d'hypoglycémie
  
- Diabète non contrôlé → s'abstenir et orienter vers médecin traitant  
→ Si soins urgents → antibioprophylaxie (2 g amoxicilline 1 h avant l'acte) + avis du médecin traitant obligatoire
  
- Patient contrôlé , sans foyer infectieux → pas de prescription prophylactique

# DIABETE

## Précautions lors des soins

➤ **Stress** : Prémédication sédatrice et/ou MEOPA et s'assurer d'avoir une analgésie efficace.  
modification du dosage de l'insuline + sédatifs + R. D. V matin

➤ **Anesthésie** :

Vasoconstricteurs pas contre-indiqués chez patients diabétiques équilibrés type 1 et 2  
pas d'épinéphrine, vasoconstricteur préféré : cobefrin  
- patient non contrôlé → pas de vasoconstricteur  
- injection lente, aspiration

➤ **Prescription médicamenteuse** :

\* **Antibiotiques** → Pas de précautions particulières (considérer autres maladies et/ou trts du patient).

\* **Antalgiques et anti-inflammatoires** :

- Corticoïdes à utiliser avec précaution (risque élevé d'hyperglycémie)
- En cas de prescription → cure courte et renforcer la surveillance de la glycémie
- Prendre en compte autres pathologies ou traitements suivis.
- Pas → d'aspirine + médicaments néphrotoxiques
- Paracétamol - codéine = Ag de choix

➤ **Autres précautions** : Dentinites : Idem sujet normal sauf pas de coiffages

# DESORDRES THYROIDIENS

**Hypothyroïdie** : déficit en hormones thyroïdiennes par atteinte primitive de la glande thyroïde ou par atteinte hypothalamo-hypophysaire (hypothyroïdie centrale).

**Hyperthyroïdie** : excès en hormones thyroïdiennes se traduisant au niveau des tissus cibles par un syndrome de thyrotoxicose.

## Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux		✓	
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Précautions vis-à-vis des produits iodés
Autre	✓		Eviter l'utilisation prolongée ou répétée des produits iodés

# DÉSORDRES THYROÏDIENS

## Situations cliniques :

### **Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie traitée et contrôlée :**

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

### **Hypothyroïdie ou hyperthyroïdie non traitée ou non contrôlée :**

Pris en charge hospitalière pour les actes invasifs urgents ne pouvant pas attendre la stabilisation du désordre thyroïdiens.

## **Précautions :**

➤ Contacter le médecin traitant si la maladie n'est pas traitée ou semble non stabilisée

➤ Stress : Soins de courte durée ( matin)

Prémédication sédatrice et/ou MEOPA et s'assurer d'avoir une analgésie efficace

# DESORDRES THYROIDIENS

## Précautions :

- Anesthésie :
  - Pas de précautions particulières en cas d'hypo ou hyperthyroïdie stabilisée.
  - pas de vasoconstricteur → hyperthyroïdie
  - pas d'anesthésiques gazeux volatils → hypothyroïdie
  
- Risque infectieux :
  - antibiothérapie agressive → infection
  - antibioprophylaxie (pas d'aminoglycosides) → actes chir
  - hygiène + asepsie respectées
  
- Prescription :
  - analg narcotiques, barbituriques, iode à éviter → hypothyroïdie
  - pas d'agents anticholinergiques → hyperthyroïdien
  
- Soins urgents : antalg non narcotique + contrôle infection → hypo ou hyperthyroïdie  
hyperthyroïdien → soins au C. H. U.
  
- Autres précautions : hyperthyroïdien fatigué → position semi couchée

# Insuffisance surrénale ou « maladie d'Addison »

- Consultation et informations médicales
- Stress : - sédation médicamenteuse (sauf syndrome de cushing)  
- soins le matin
- Anesthésie : adrénaline à éviter → phéochromocytome
- Risque infectieux : - corticothérapie chronique ou trt 12 derniers mois  
→ antibioprophylaxie + hygiène + aseptie
- Prescription → complémentaire + prudence (interactions / corticoïdes)
- Soins urgents :
  - Etat de santé incertain → soins conservateurs réalisés
  - Pathologie confirmée → 100 à 200 mg hydrocortisone ou 2 fois  
dose de maintenance (1 h avant les soins)Suites douloureuses et / ou infectieuses → dose mainten 2 x jour suivant
- Autres précautions : pas d'extension cervicale

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

Altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, elle se manifeste par une diminution progressive du débit de filtration glomérulaire. Il y a alors élévation du taux de certaines substances dans le sang (créatinine et urée) c'est-à-dire un abaissement de la clairance et de la créatinine.

Selon le degré d'atteinte du rein les patients peuvent être: non dialysés, dialysés ou transplantés; ce qui les rends vulnérables au risque infectieux

## Classification

Stade	Débit de filtration glomérulaire (ml/min/1,73m <sub>2</sub> )
Maladie rénale chronique	60-120
Insuffisance rénale modérée	39-59
Insuffisance rénale sévère	15-29
Insuffisance rénale terminale	<15

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

Prendre en considération :

- L'état d'immunodépression par perturbation de l'immunité cellulaire et humorale, qui peut être sévère.
- Hypertension artérielle (cause ou conséquence de l'IR).
- Perturbation de l'hémostase primaire par perturbation des fonctions plaquettaires.
- Prise de certains médicaments → peut provoquer une décompensation de l'IR.
- La fonction rénale baisse avec l'âge
- Chez les patients hémodialysés :
  - Il existe un risque hémorragique les jours de dialyse à cause de l'héparinothérapie
  - Forte prévalence de l'hépatite
  - Thrombopénie possible due aux dialyses.

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		Lié à l'immunodépression
Hémorragique	√		Troubles de l'hémostase primaire
Anesthésique	√		Précautions vis-à-vis des techniques employées
Médicamenteux	√		Médicaments contre-indiqués
Autres		√	

Prévenir la transmission infectieuse → hygiène + aseptie + vaccin « IRC »

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Situations cliniques :

### Patients présentant une insuffisance rénale chronique :

Actes non invasifs : <ul style="list-style-type: none"><li>- Actes de prévention</li><li>- Soins conservateurs</li><li>- Dépose des points de sutures</li><li>- Prise de Rx dentaires intrabuccales</li></ul>	Actes invasifs : <ul style="list-style-type: none"><li>- Tout acte impliquant une manipulation de la gencive, la pulpe ou la région périapicale de la dent, ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors de l'anesthésie locale ou locorégionale).</li></ul>
↓ Respecter les précautions générales	↓ Décision avec le médecin traitant pour la mise en place d'une antibioprophylaxie en fonction des soins à réaliser et de l'état du patient.

Prendre en compte les cofacteurs de risque infectieux : tabagisme, éthyliste, âge > 75 ans, mauvais état bucco-dentaire (tartre, plaque, mauvaise hygiène...), neutropénie, lymphopénie<sup>97</sup>..

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Situations cliniques :

- **Patients hémodialysés :**

Actes à risque hémorragique → intervenir en dehors des jours de dialyse pour éviter l'effet anticoagulant de l'héparine (techniques locales d'hémostase )

- **Patients candidats à une transplantation :**

Éliminer l'ensemble des foyers infectieux réels et potentiels avant la chirurgie

- **Patients transplantés :**

Ces patients sont traités par immunosuppresseurs (prendre les précautions particulières).

## Précautions générales :

- Contacter le médecin traitant
- Obtenir derniers résultats biologiques : NFS et débit de filtration glomérulaire
- Patients dialysés → connaître les jours de séance de dialyse
- Précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués et interactions médicamenteuses
- Précautions particulières pour les patients présentant HTA associée ; thrombopénie et pour les patients traités par immunosuppresseurs.

## Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

Éviter les anesthésies intraligamentaires → risque infectieux accru

Respecter posologies et modalités d'administration

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

Médications	Maladie rénale chronique	Insuffisance rénale modérée	IR sévère ou terminale
<b>Antibiotiques</b>			
Macrolides	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Métronidazole	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Pénicillines	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3gr/jr)	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3gr/jr)	Réduire la posologie*
Doxycycline	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Macrolides sont contre-indiqués chez les patients traités par colchicine Pénicillines →risque accru de réactions cutanées en association avec l'allopurinol.			

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :

Médications	Maladie rénale chronique	Insuffisance rénale modérée	IR sévère ou terminale
<b>Antalgiques</b>			
Paracétamol	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Tramadol	Réduire la posologie*	Réduire la posologie*	Réduire la posologie*
Codéine	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Contre-indiqué
<b>Anti-inflammatoires</b>			
Corticoïdes	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
AINS	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

## Adaptation de la posologie des pénicillines :

Débit de filtration glomérulaire	>30ml/min	30 à 10 ml/min	< 10 ml/min
Posologie de l'amoxicilline (pour une traitement de 2gr/jr)	1gr le matin 1gr le soir	500mg/12h	500mg/24h

# INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

- Insister sur l'importance de l'hygiène buccodentaire avant de remettre la cavité buccale en état
- Elimination du foyer dentaire infectieux
- En cas d'infection sévère ou d'intervention majeure lors des interventions chirurgicales → prévoir l'hospitalisation
- Réduire les doses et tenir compte des voies d'élimination
- Dialysés → nouvelle dose de charge suite à chaque séance d'hémodialyse
- Stress :
  - Patients sous corticoïdes → prescription complémentaire
  - Sédation médicamenteuse (benzodiazépines, barbituriques ou O<sub>2</sub> / protoxyde d'azote)
  - R. D. V. matin, courte durée (jour suivant la dialyse)

# Asthme

Maladie inflammatoire chronique se caractérisant par une inflammation, une constriction, une modification architecturale et une hypersécrétion bronchique.

## Classification :

Sévérité		Asthme intermittent	Asthme persistant léger	Asthme persistant modéré	Asthme persistant sévère	Asthme instable
Stade clinique	Crise ou gêne respiratoire	< 3 fois / mois	1 à 6 fois / semaine	1 ou 2 fois / jour	En permanence	Aggravation progressive de la fréquence et de la sévérité
	Symptômes nocturnes	< 2 fois / mois	2 à 4 fois / mois	2 à 4 fois / semaine	Presque toutes les nuits	Instables et avec tendance à augmenter le matin

syndrome de Widal associé : asthme, polyposse naso-sinusienne et intolérance à l'aspirine

# Asthme

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		En cas de corticothérapie par voie générale
Hémorragique		√	
Anesthésique	√		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs (agents conservateurs)
Médicamenteux	√		Médicaments contre-indiqués et interactions médicamenteuses
Autre	√		Risques de crises d'asthme

### Situations cliniques :

#### **Asthme intermittent / Asthme persistant léger / Asthme persistant modéré :**

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

#### **Asthme persistant sévère / Asthme instable :**

Prise en charge hospitalière car ces patients peuvent déclencher une crise d'asthme au contact de poussière d'émail, de résine ou des gouttelles d'instruments rotatifs.

# Asthme

## Précautions générales :

- Contacter le médecin traitant en cas de doutes sur la sévérité de la maladie.
- Stress et douleur peuvent provoquer des bronchospasmes chez l'asthmatique :
  - Limiter le stress avec prémédication sédatrice (matin, courte durée), Pas de barbituriques, narcotiques, seuls anxiolytiques et/ou MEOPA .
  - S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins.
- Asthmatiques avec terrain atopique (sous corticothérapie par voie générale):
  - éviter tous les allergènes potentiels : sulfites (conservateurs présents dans les anesthésiques avec vasoconstricteurs),
  - poussières d'émail ou de résine, gants en latex.
- Si le patient a un traitement de de crise (Ventoline, Bricanyl), il doit l'avoir ventoline ( 2 à 3 pulvérisations avant soins longue durée)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses et médicaments contre-indiqués.

# Asthme

- Précautions particulières pour les patients sous corticoïdes par voie générale.
  - prescription complémentaire, préconiser un rinçage à l'eau après chaque utilisation de corticoïdes inhalés (prévention des mycoses buccales).
- Risque infectieux : chirurgie sous antibiotiques + hygiène + aseptie
- Soins urgents : stable → tout type de soins - Symptomatique → C. H. U
- Crise d'asthme : corticoïdes d'action rapide + broncho-dilatateurs en aérosol
- Autres précautions : position assise ou semi allongée
- **Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :**
  - L'utilisation d'un anesthésique sans agent conservateur (sulfites), à ce jour sans vasoconstricteurs, est indiquée chez les patients ayant un asthme persistant sévère ou un asthme instable.
  - vasoconstricteur (agent sympathomimétique, non allergogène)

# Asthme

## **Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :**

### **Antibiotiques :**

Pas de précautions particulières (prendre en considération les autres maladies et/ou traitements du patient). pénicillines (pas d'hypersensibilité)

### **Antalgiques et anti-inflammatoires :**

- La codéine est contre indiquée
- Les AINS sont contre-indiqués en cas d'antécédent de crise d'asthme provoquée par les AINS ou l'aspirine
- Les AINS sont contre-indiqués en cas de syndrome de Widal
- Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par corticoïdthérapie par voie générale (augmentation du risque ulcérogène et d'hémorragies digestives). En cas de réelle nécessité, la prescription devra être la plus courte possible et être accompagnée d'un protecteur gastrique de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole).
- Pas de de barbituriques, narcotiques

# AFFECTIONS PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES

## Bronchite chronique et emphysème

- Eviter toute anesthésie locorégionale bilatérale simultanée
- Prescription : Pas d'anticholinergiques et antihistaminiques → rétention mucosités
- Faible débit d'oxygène → inhibe la ventilation
- Position semi - assise → réduit le risque d'orthopnée
- Pas de digue
- Emphysème : traiter l'après midi

# ALLERGIES : précautions

## Générales

- Eviter anesthésiques dérivés procaïne, fonction amine ou para
- Utiliser lidocaïne, xylocaïne et dérivés
- Prudence dans les prescriptions
- Prémédication chez sujets exposés
- Chir dentiste équipé et entraîné → urgence → éviter choc anaphylactique

## Spécifiques

Patient allergique aux anesthésiques locaux :

- Penser à la prise concomitante de médicaments et /ou au latex
- Après interrogatoire → test cutané (0,05 ml lidocaine 1/100, sans vaso, s/c)
- Suspicion d'allergie immédiate → tests pratiqués 1/100 000
- Patient multi-allergique → tests cutanés et de provocation → type de molécule

Patient allergique aux antibiotiques :

- Connaître la molécule impliquée (souvent pénicillines)
- Cas d'allergies vraies → choisir une autre famille d'antibiotiques
- Cas de suspicion ou d'incertitude → allergologue

# Maladies hépatiques et gastro intestinales :

## Hépatites virales

Maladies du foie caractérisées par une inflammation du tissu hépatique secondaire à une infection virale.

Virus responsables :

VHA, VHB, VHC, VHD (co-infection ou sur-infection du VHB) et VHE.

Ils peuvent tous être responsables d'une hépatite aiguë (souvent asymptomatique, mais dans de rares cas, le pronostic vital peut être engagé).

Seuls les VHB et HBC peuvent passer à la chronicité.

Virus	Mode de transmission
VHA	Oro-fécale
VHB	Parentérale, sexuelle et materno-fœtale
VHC	Parentérale, materno-foetale, soins dentaire, piercieng, exceptionnellement sexuelle
VHD	Parentérale et sexuelle
VHE	Oro-foecale

# Maladies hépatiques et gastro intestinales :

## Hépatites virales

### Synthèse des risques potentiels en odontologie :

- L'hépatite virale peut provoquer une cirrhose et donc une insuffisance hépatique, qui se caractérise notamment par une baisse du TP (Si patient non traité par anticoagulants).
- Existe un risque hémorragique si le patient a une thrombopénie ou une insuffisance hépatique associée.
- Risque de contamination patient-soignant en cas d'AES.

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	✓		En cas de neutropénie
Hémorragique	✓		En cas de thrombopénie ou d'insuffisance hépatique associée
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués
Autre	✓		Risque de contamination en cas d'AES

# Maladies hépatiques et gastro intestinales :

## Hépatites virales

### Situations cliniques :

**Patient présentant ou ayant présenté une hépatite virale avec un TP normal :**  
Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

**Patient présentant ou ayant présenté une hépatite virale avec un TP < 50% :**  
Prendre en charge comme les patients atteints de cirrhose et insuffisance hépatique.

# Maladies hépatiques et gastro intestinales :

## Hépatites virales

### Précautions

#### Générales :

- Vaccination recommandée pour les professionnels de santé contre le VHB.
- Précautions habituelles durant les soins pour éviter les AES.
- Connaître les valeurs de TP et de NFS chez les patients ayant une hépatite virale et/ou sous traitement pour une hépatite.
- Précautions particulières pour les patients présentant une thrombopénie.
- Précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués.

#### Anesthésie :

Si le patient ne présente pas d'insuffisance hépatique → aucune précaution particulière.

#### Prescription médicamenteuse :

**Antibiotiques :** Si TP normal → pas de précautions particulières

#### Antalgiques et anti-inflammatoires :

Paracétamol, AINS et tramadol contre-indiqués en cas d'hépatite aiguë.

Eviter le paracétamol chez les patients alcooliques.

# Cirrhose et insuffisance hépatique

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		Accru en cas de cirrhose
Hémorragique	√		Troubles de la coagulation plasmatique/thrombopénie
Anesthésique	√		Précautions vis-à-vis de la molécules anesthésique
Médicamenteux	√		Métabolisme hépatique non prédictible des médicaments prescrits
Autre	√		Risque de contamination en cas d'AES si l'étiologie est virale

- Infections bactériennes plus fréquentes et plus graves chez le patient cirrhotique.
- Toute suspicion d'infection bactérienne modérée ou sévère chez le patient cirrhotique doit conduire à une hospitalisation rapide.
- La cause de la maladie peut être une hépatite.
- Patients présentent un risque de cancers buccaux (si terrain éthylo-tabagique).
- Le métabolisme de certains médicaments est altéré lors d'une insuffisance hépatique.

# Maladies hépatiques et gastro intestinales : Cirrhose et insuffisance hépatique

## Situations cliniques :

### **Cirrhose avec TP > 50% :**

*Acte sans risque hémorragique* : soins conservateurs, anesthésie para-apicale, intra-ligamentaire ou intraseptale, respecter les précautions générales : soins après contact de l'hépatologue traitant, antibioprophylaxie.

*Acte à haut risque hémorragique* (tel que chirurgie endodontique) :

Discussion avec l'hépatologue traitant ; prise en charge au cabinet dentaire ou en milieu spécialisé en fonction : du stade de la cirrhose, du TP, de la numération plaquettaire.

Choix de la thérapeutique antibiotique avec l'hépatologue.

### **Cirrhose avec TP < 50% :**

Prise en charge hospitalière.

# Maladies hépatiques et gastro intestinales :

## Cirrhose et insuffisance hépatique : Précautions

### ➤ Générales :

- Contacter l'hépatologue → stade de la cirrhose et si insuffisance hépatique associée
- Demander un bilan biologique : TP et NFS
- Recherche systématique de lésions muqueuses suspectes de la cavité buccale
- Précautions lors des soins pour éviter un AES.
- Précaution vis-à-vis de la molécule anesthésique.
- Précautions vis-à-vis de la prescription médicamenteuse.

### ➤ Anesthésie :

Eviter la lidocaïne ( ⤴ de la  $\frac{1}{2}$  vie d'élimination en cas d'insuffisance hépatique)

### ➤ Prescription médicamenteuse :

- Contacter l'hépatologue avant toute prescription → état et stabilité de la maladie peut modifier le type de molécule à utiliser (intervalle entre 2 prises, dose à respecter)
- Si prescription en urgence (exp : cellulite ) → milieu hospitalier.

➤ **Actes contre-indiqués:** Tout acte bucco-dentaire sans contact préalable de l'hépatologue traitant.

# Troubles de l'immunité : VIH et SIDA

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

- Il est nécessaire d'effectuer des bilans bucco-dentaires tous les 6 mois.
- Noter que ces patients peuvent être co infectés par le VHB et le VHC.
- Les manifestations buccales sont les indicateurs les plus précoces de l'infection à VIH.
- L'antibioprophylaxie n'est pas systématique.
- Il y a un risque de contamination patient-soignant en cas d'AES.

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		Si leucopénie et/ou thrombopénie
Hémorragique	√		En cas de thrombopénie
Anesthésique		√	
Médicamenteux	√		Interactions médicamenteuses
Autre	√		Accident d'exposition au sang (contamination)

# Troubles de l'immunité : VIH et SIDA (Situations cliniques)

- Taux de LT CD4 > 200/ mm<sup>3</sup>, sans agranulocytose (PNN > 500/ mm<sup>3</sup>) ni thrombopénie inférieure à 100000/ mm<sup>3</sup>, sans autre maladie associée → tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.
- Taux de LT CD4 > 200/ mm<sup>3</sup> avec agranulocytose et/ou thrombopénie inférieure à 100000/mm<sup>3</sup> ↓

<p>Actes non invasifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention</li> <li>• Soins conservateurs</li> <li>• Prise de radiographie intra orale</li> </ul>	<p>Actes invasifs :</p> <p>Tout acte impliquant la manipulation de la gencive, pulpe ou région péri apicale.</p>
<p>Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.</p>	<p>Prise en charge décidée avec le médecin traitant en fonction de l'état du patient, les traitements en cours et l'acte à réaliser.</p>

- Stade SIDA : LT CD4 < 200/ mm<sup>3</sup> → patients très exposés aux infections opportunistes et bénéficient d'un traitement antibiotique prophylactique (Bactrim).  
Peuvent être traités au cabinet dentaire → discuté avec le médecin traitant en fonction de l'état de santé général du patient.
- Si le patient est traité au cabinet dentaire → choix du protocole de prise en charge sera pris en collaboration avec le médecin traitant .

# Troubles de l'immunité : VIH et SIDA

## Précautions

### **Générales :**

- Contact systématique du médecin spécialiste traitant : quel est le stade de la maladie ?
- Obtenir le dernier taux de LTCD4, charge virale et NFS.
- Importance d'une bonne HBD
- **Pour éviter les AES** → gant, masque, lunettes

**Anesthésie** → aucune

### **Prescriptions courantes en odontologie :**

#### **•Antibiotiques :**

Macrolides (clarythromycine, érythromycine) → utiliser avec précautions chez les patients traités par Viramune.

#### **•Antalgiques et anti-inflammatoires :**

Ibuprofène à utiliser avec précaution chez les patients traités par Rétrovir.

# SYPHILIS

- Doute → B W et examen sur champ noir d'un frottis
- Connaître → Date du début de trt + médicaments utilisés + stade de la maladie
- Urgence dentaire → Limiter aux soins indispensables
  - Gants + masques chirurgicaux + digue
  - Isolation et stérilisation de tout matériel après usage
- Patients ayant eu une syphilis → suivi du trt (réinfection)
- Patients avec lésions de syphilis : seuls soins en urgence
- Blessure lors des soins (contagieux) → chancre ou panaris
  - trt obligatoire → inj 2.400.000 UI extencilline

# TUBERCULOSE

- Affection systémique contagieuse causé par *Mycobacterium tuberculosis*
- Transmission :
  - Aérienne par aérosol contaminé (porte d'entrée pulmonaire favorisée par la promiscuité )
  - Sang et liquides biologiques contenant du sang
  - Liquide lymphatique (adénopathies qui fistulisent) Lésions ulcératives à centre nécrotique et à base purulente peu douloureuses + adénopathies qui fistulisent
- Prévention → vaccination + test tuberculine + antibioprophylaxie
- Objectif 1<sup>er</sup> du praticien → minimiser tout risque de contamination
- Soins courte durée pour minimiser le stress, Anesthésie générale contre-indiquée
- Trt conventionnel + hygiène et asepsie + gants, masque, lunettes, casque de protection, autoclave, chaleur humide
- Utilisation réduite d'instruments rotatifs et de spray
- Patients à risque faible → soins réalisés selon protocoles habituels
- Patients à risque modéré → médecin traitant consulté car réactivation
- Patients à risque élevé → lésions buccales très antigènes → soins reportés

# Protection du praticien, du personnel et du patient

Avis du médecin traitant qui va nous définir la maladie et le degré de contagion du malade, si il est jugé contagieux des précautions s'imposent :

- Praticiens plus exposés → chirurgie buccale + parodontologie
- Protection des surfaces environnantes par des champs opératoires
- Port des gants, masque , lunette et casaque de protection
- Utilisation réduite des instruments rotatifs et spray
- Utiliser des instruments à usage unique de préférence
- Manipulation prudente : ne pas recapuchonner les aiguilles , ne pas les désadapter à la main, déposer dans un conteneur spécial
- Former le personnel
- Vaccination (VHB, tuberculose)
- Prévoir les rendez vous en fin de journée
- Confidentialité (secret médical )
- Respect des règles d'hygiène et de stérilisation
- Stérilisation → Matériel à usage unique, isolé, identifié comme infecté après usage, manipulé avec des gants

# STÉRILISATION DU MATÉRIEL

## **Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes**

" Le chirurgien-dentiste doit prendre et faire prendre par ses adjoints ou assistants toutes dispositions propres à éviter les transmissions de quelque pathologie que ce soit ".

L'asepsie implique 4 étapes incontournables : décontamination, nettoyage, conditionnement et stérilisation.

# MATERIEL, LA CHAINE D'ASEPSIE

## 1/ Décontamination :

Immersion des instruments souillés dans un bac contenant un produit décontaminant. Normes AFNOR : bactéricide, fongicide et virucide.

## 2/ Nettoyage des instruments :

- Nettoyage manuel
- Machine à laver des instruments
- Bac à ultra-sons avec une solution décontaminant
- Rinçage et séchage

## 3/ Conditionnement : tout le matériel à stériliser doit être préalablement **conditionné**

Le conditionnement doit :

- Etre perméable à l'agent stérilisant
- Assurer une protection contre la recontamination
- Posséder un témoin de stérilisation changeant de couleur

Deux sortes d'emballage : Sachets de stérilisation, Boites en aluminium ou en acier

## 4/Stérilisation :

- Autoclave vapeur d'eau sous pression avec système de pré-vide = procédé le + fiable
- Autoclave à vapeurs chimiques. Efficacité discutable pour les textiles.
- Chaleur sèche (Poupinel). la fiabilité de la stérilisation n'est pas garantie.

## ✚ LES INSTRUMENTS THERMOSENSIBLES

Après nettoyage et rinçage, la désinfection totale à froid se fera **par trempage dans une solution** bactéricide, fongicide, virucide et sporicide. La durée d'immersion sera supérieure à **2 heures**.

Les instruments sont ensuite prélevés de manière aseptique et rincés à l'eau stérile, après séchage, ils sont rangés dans une boîte stérile.

## ✚ NETTOYAGE ET DESINFECTION DE L'ENVIRONNEMENT

**(plan de travail, éclairage, unit, etc....)**

- 1/ Nettoyage des surfaces souillées avec une lingette imprégnée d'un produit bactéricide, fongicide et virucide.
- 2/ Pulvérisation sur les surfaces propres d'un film antimicrobien et séchage sans essuyage

## ✚ LES INSTRUMENTS ROTATIFS

- 1/ Nettoyage externe et interne avec un produit décontaminant
- 2/ Lubrification et conditionnement
- 3/ Stérilisation par autoclave

## **+ Désinfection de l'eau**

Il existe trois types de décontamination :

- Désinfection permanente
- Désinfection entre chaque patient
- Désinfection plus poussée en fin de journée

## **+ Désinfection de l'air**

Il est également recommandé d'utiliser des appareils de filtration électronique ou électrostatique et de renouveler l'air du cabinet surtout en cas d'utilisation de climatiseur dans les salles de chirurgie

## **+ Les locaux**

La conception architecturale des locaux doit répondre à certains principes de base tels que :

- Séparation des zones de travail et d'accueil
- Communication entre salle de stérilisation et salle de soin
- Choix de revêtements faciles à entretenir...

# Prise en charge d'un accident exposant au sang (AES) 1

## Conduite à tenir devant un AES (cf. Tableau 2)

Un dispositif permettant une prise en charge rapide des AES pour une éventuelle chimio prophylaxie et un savoir protégé des personnes exposées vis-à-vis de l'ensemble des risques viraux, VIH-VHB-VHC, doit être organisé et mis en œuvre au sein de chaque service concerné (hygiène et prévention – médecine de travail) et au sein de chaque établissement sanitaire.

Selon les dernières recommandations, une piqûre ou blessure sur une peau lésée, en contact direct avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminé doit être immédiatement suivie par :

- Un nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée, à l'eau et au savon, suivi d'un rinçage
- Une désinfection à :
  - L'alcool à 70° pendant 3mn
  - La polyvidone iodée, bétadine, en solution dermique pure pendant 5mn
  - L'eau de javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10<sup>ème</sup> pendant 10mn
- Lorsqu'une projection se fait sur les muqueuses ou les yeux :  
Rinçage abondant à l'eau ou au sérum physiologique doit être immédiatement réalisé

# Prise en charge d'un accident exposant au sang (AES) 2

## Déclaration et surveillance des AES

La déclaration de ces accidents doit être faite , au plus tard, pendant les 24 à 48 heures à la direction de l'établissement et notifié au service de médecine de travail selon les modalités envisagées au sein de l'établissement ,cette déclaration va permettre outre, la prise en charge :

- L'identification des circonstances de survenue de l'AES
- La précision du matériel utilisé ainsi que les gestes effectués

# AUTRES MALADIES

# Troubles de l'hémostase

## Thrombopénie

Diminution du nombre de plaquettes en dessous du seuil de 150000/mm<sup>3</sup>.

### Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux		√	
Hémorragique	√		Trouble de l'hémostase primaire.
Anesthésique		√	
Médicamenteux	√		Précautions pour certains médicaments
Autre		√	

# Troubles de l'hémostase

## Thrombopénie

### Précautions

#### **Générales :**

- Contacter le médecin traitant : cause de la thrombopénie, est-elle stabilisée ?
- Connaitre les valeurs récentes de la NFS.
- S'il n'y a pas de contre indications → utiliser l'anesthésie avec vasoconstricteur pour minimiser le saignement.

#### **• Vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses :**

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

**Vis-à-vis de l'anesthésie :** aucune pour les patients avec un taux de plaquettes supérieur à 50000/mm<sup>3</sup>.

#### **Vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :**

Antibiotiques : aucune

Antalgiques et A.I.N.S : La prescription d'AINS doit être discutée avec le médecin traitant.

# Troubles de l'hémostase

## Hémophilie, maladie de Willebrand et autres déficits en facteurs de coagulation

Résultat d'un déficit congénital en facteur de l'hémostase :

- Facteur de Willebrand
- Facteur VIII pour l'hémophilie A
- Facteur IX pour l'hémophilie B

### Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux		√	
Hémorragique	√		Hémorragie spontanée, per et post-opératoire
Anesthésique	√		Précautions vis-à-vis de la technique employée
Médicamenteux	√		Contre-indication de certains médicaments
Autre		√	

# Troubles de l'hémostase

## Hémophilie, maladie de Willebrand et autres déficits en facteurs de coagulation

- Soins bucco-dentaires peuvent être réalisés en cabinet dentaire après discussion avec l'hématologue traitant.
  - Digue + pas de dépassement d'instruments ou de pâte
- Hygiène buccale primordiale pour prévenir toute inflammation gingivale.
- soins conservateurs et endo préférables aux avulsions et n'exposent pas ces patients à un risque hémorragique accru. Trt endodontique au crésosformol

### **Précautions générales :**

- Contact préalable systématique de l'hématologue traitant.
- Prendre les radio intraorales sans traumatiser la muqueuse (plancher buccal)
- Prévenir la survenue d'un traumatisme muqueux durant les soins (digue avec crampons supra gingivaux , pompe à salive ou rouleaux de coton salivaire).
- Utiliser un anesthésique avec vasoconstricteur s'il n'y a pas de contre-indications.

# Troubles de l'hémostase

## Hémophilie, maladie de Willebrand et autres déficits en facteurs de coagulation

**Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :** anesthésie loco-régionale contre-indiquées en raison du risque d'hématome expansif. Injection I. V préférée (éviter injection S/C ou IM)

**Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :**

- Antibiotiques : aucune
- Antalgiques et anti-inflammatoires : AINS à éviter (sauf accord de l'hématologue).
- Pas de prescription → acide acétylsalicylique, aminophénazone, diphénylbutazone, phénacétine, phénylbutazone, paracétamol, narcotiques

# EPILEPSIE

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux		✓	
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autre	✓		Risque de crise convulsive

- Stress et douleur peuvent déclencher une crise convulsive.
- Gout métallique dans la bouche peut être un signe annonciateur d'une crise



### Crise d'épilepsie au fauteuil :

- Transfert du fauteuil sur le sol
- Voies respiratoires libres et position latérale de sécurité
- O<sub>2</sub> et surveillance (30 à 60 mn) + raccompagner à son domicile
- Crise convulsive > 05 mn → S. A.M.U + IJ IM 10 mg Valium ® + libérer voies aériennes + ventilation au masque

# EPILEPSIE

## ➤ Situations cliniques :

- Epilepsie traitée et contrôlée → soins possibles en respectant les précautions générales
- Epilepsie non contrôlée ou non traitée → Prise en charge hospitalière pour les soins urgents ne pouvant pas attendre l'équilibration de l'épilepsie.

## ➤ Précautions générales :

- Contacter le médecin traitant pour savoir si l'épilepsie est contrôlée
- Limiter le stress du patient :
  - \* Prémédication sédatrice et/ou MEOPA (si le patient est stressé).
  - \* S'assurer d'avoir une analgésie efficace - Séances courtes , non traumatiques
- Eviter les soins en présence de facteurs favorisant la survenue d'une crise convulsive :
  - Stimulation lumineuse - Manque de sommeil
  - Non observance du traitement antiépileptique - Prise d'alcool.
- Mainteneur d'ouverture buccale nécessaire - Pas de débris, cotons salivaires, etc.
- Soins invasifs et longs → prévoir séances aux heures du pic plasmatique du médicament antiépileptique.

# EPILEPSIE : Précautions

➤ **Anesthésie** : Pas de précautions particulières chez patient traité et contrôlé

➤ **Prescriptions courantes en odontologie** :

- **Antibiotiques** :

- Macrolides déconseillés chez les patients traités par carbamazépine
- Doxycycline à utiliser avec précaution chez les patients traités par barbituriques , carbamazépine ou hydantoïnes.

- **Antalgiques et anti-inflammatoires** :

- Antalgiques non opiacés préférés aux opiacés
- Tramadol déconseillé chez le patient traité par carbamazépine.
- AINS à utiliser avec précautions chez les patients traités par oxcarbazépine.
- Corticoïdes à utiliser avec précaution chez les patients traités par barbituriques, carbamazépine ou hydantoïnes.

- **Anxiolytiques** :

L'hydroxyzine à prendre en compte chez les patients traités par benzodiazépines ou barbituriques. En cas de prescription, prendre contact avec le médecin traitant.

# TOXICOMANIE

## Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Il existe une interaction entre la cocaïne et les vasoconstricteurs adrénalinés.

La prévalence des hépatite est augmentée chez les héroïnomanes.

La réalisation de soins dentaires ne justifie pas d'imposer un sevrage (l'état de manque n'est pas favorable à la réalisation de soins).

Type de risque	Oui	Non	
Infectieux	√		Altération possible de l'immunité
Hémorragique	√		En cas de thrombopénie
Anesthésique	√		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs
Médicamenteux	√		Intéactions médicamenteuses
Autre	√		Allergie chez les cocaïnomanes

# TOXICOMANIE : Précautions

## ➤ Générales :

- Evaluer le risque d'infection par le VHB et VHC.
- Thrombopénie possible chez les héroïnomanes et cocaïnomanes.
- Risque infectieux à évaluer pour toutes les addictions.
- Tous les soins sont possibles chez le toxicomane sans altération sévère de l'état général (en respectant les précautions générales), sinon prise en charge hospitalière

## ➤ Anesthésie :

Attendre 24h après la dernière prise de cocaïne avant une anesthésie avec vasoconstrictif.  
La quantité d'anesthésiques doit fréquemment être augmentée chez les toxicomanes.

## ➤ Prescriptions courantes en odontologie :

Antibiotiques : aucune

Antalgiques et anti-inflammatoires :

- Morphiniques et dérivés de pallier III → contre indiqués chez les patients sous buprénorphine et naltrexone.
- Morphiniques et dérivés de pallier II → déconseillés chez ces mêmes patients.
- Opiacés → utiliser avec précaution chez les patients sous méthadone et consommateurs réguliers d'héroïne.
- Corticoïdes → utiliser avec précautions chez les patients sous méthadone.

# CHIMIOTHERAPIE

## Soins préventifs

- Conseils d'hygiène dentaire et buccale
- Caries de faibles profondeurs → ôter et obturer
- Caries avec effraction pulpaire → endo + obturation cx + digue
- Dents mortifiées + réaction périapicale (Rx) → extraction
- kystes, granulomes → avulsion dentaire + curetage alvéolaire
- Trt long terme → fluogel<sup>®</sup> + gouttières (10 mn, soir)
- Dentifrices et bains de bouche fluorés → lutte contre caries

# OSTÉORADIONECROSE

Complication la plus sérieuse des irradiations bucco-faciales

Elle se manifeste quant sont cumulés 3 facteurs :



# OSTÉORADIONECROSE : précautions

## **Avant radiothérapie**

- Elimination systématique des foyers et lésions inflammatoires chroniques existantes ou potentielles
- Dents présentant un pronostic incertain seront avulsées (lésion périapicale, lésion carieuse importante)
- Confection d'une gouttière pour l'application topique de fluor

## **Pendant la radiothérapie**

- Si des actes doivent être impérativement réalisés → antibioprophylaxie massive
- Préventions des caries d'origine radiothérapique → brossage efficace et régulier, bains de bouche, application topique de fluor

## **Après radiothérapie**

- Maintien d'une bonne hygiène et suivi régulier sont déterminants
- Traitement endo préférable à l'avulsion (risque d'ORN est - important)
- Dans tout les cas une antibioprophylaxie est de règle
- Eviter tout acte → si site dans zone d'ostéoradionécrose

# CONCLUSION

- ✚ Les patients présentant une maladie générale, nécessitent pour une prise en charge en odontologie conservatrice/ endodontie, des précautions opératoires particulières pour chaque type de malade, afin d'éviter des complications graves, voire mortelles.
- ✚ Dans la prise en charge de patients atteints de maladies générales présentant un risque infectieux et/ou contagieux, le chirurgien dentiste devra collaborer avec ses confrères médecins pour le bien de son patient. Il devra donc avant d'entamer ces gestes thérapeutiques, leur orienter le patient pour avoir une approbation sous forme d'un écrit comportant précisément :  
la maladie (état de santé et complications), le traitement, ses éventuelles modifications et la médication possible selon les soins envisagés.

# Références bibliographiques

1. ANSM. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Recommandations, 2011.
2. Armengol V et coll. Endodontie et patients à risques. Réal Clin ; 25 (1). 2014. HAS. epilepsies graves. Guide- Affection longue durée. Juillet 2007.
3. Carrel JP, Gebran G, Samson J. Endocardites infectieuses et antibioprophylaxie lors des traitements dentaires. Rev. Med Suisse Romande 1998 ; 118 : 37-45.
4. J.J. Lasfargues. Prophylaxie des endocardites infectieuses et endodontie. Inf. dent n° 7 2006 : 301- 5
5. Jostes JL. Anaerobic bacteremia and fungemia in patients undergoing endodontic therapy : an overview. Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999 : 88 : 483.
6. Lefevre E. Les patients sous bisphosphonates : conduite à tenir en chirurgie buccale. Thèse pour l'obtention du titre de docteur en chirurgie dentaire. Université de Nice Sophia-Antipolis. 2014.
7. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002. Médecine et maladies infectieuses 2002 ; 32 : 542-552.

# Références bibliographiques

8. Pallash TJ. & Wahl MJ. Focal infection : new age or ancient history ? Endodontics topics 2003 ; 4: 32-45.
9. Scully C, Gula b i va la NG & K. Systemic complications due to endodontic manipulations. Endodontics topics 2003 ; 4 : 60- 68.
10. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la prise en charge des patients après un infarctus du myocarde. Bull. Acad. Natle. Med. 2007, 191 (8).
11. Référenciel inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support. Chimiothérapie et soins bucco-dentaires. Oncologie. Dec 2010.
12. Référenciel inter-régionaux en Soins Oncologiques de Support. Radiothérapie et soins bucco-dentaires. Oncologie. 2011.
13. Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien dentiste. ADF, 2013.  
Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne. Masson. Paris ; 2010.