

RISQUES MÉDICAUX

Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française

Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste

**MISE À JOUR
2016**
SUR 14 RISQUES

Hypertension artérielle

Maladie coronarienne

Arhythmies

Insuffisance cardiaque

Risque d'endocardite infectieuse

Asthme

Hépatites virales

Insuffisance hépatique et cirrhose

Maladies inflammatoires chroniques
intestinales

Insuffisance rénale

Épilepsie

Maladie d'Alzheimer

VIH et SIDA

Grossesse et allaitement

RISQUES MÉDICAUX

GUIDE
DE PRISE EN CHARGE
PAR
LE CHIRURGIEN-DENTISTE

MISE À JOUR 2016
SUR 14 RISQUES

Coordination du dossier

- Florian LAURENT (Chirurgien-dentiste, Igny)

Groupe de travail scientifique

- Florian LAURENT (Chirurgien-dentiste, Igny)
- Alp ALANTAR (Chirurgien oral, Nanterre)
- Marc BARANES (Chirurgien oral, Saint Mandé)
- Florian BOUAZIZ (Chirurgien-dentiste, Paris)
- Philippe DOUCET (Chirurgien-dentiste, Parodontologiste, Paris)
- Cédric MAUPRIVEZ (Chirurgien oral, Paris)

Relecture spécialisée de cette mise à jour :

Maladies cardio-vasculaires

- Ariel COHEN* (Cardiologue, Paris)
- Jean-Claude DEHARO* (Cardiologue, Marseille)
- Jean FERRIERES* (Cardiologue, Toulouse)
- Maria Pia GANDOLFINI (Cardiologue, Nanterre)
- Yves JUILLIERE* (Cardiologue, Nancy)
- Jean-Yves LE HEUZEY* (Cardiologue, Paris)
- Antoine LEPILLIER (Cardiologue, Saint-Denis)



*Société Française de Cardiologie

Maladie respiratoire

- Jean-Charles DALPHIN** (Pneumologue, Besançon)
- Gilles GARCIA* (Pneumologue, Le Kremlin Bicêtre)
- Catherine NEUKIRCH (Allergologue, Paris)
- Camille TAILLE* (Pneumologue, Paris)
- Yacine TANDJAOUI (Pneumologue, Paris)



*Société de Pneumologie en Langue Française
**Pour le conseil scientifique de la Société de Pneumologie en Langue Française

Maladies hépatiques et gastro-intestinales

- Gaëlle BUZAGLO (Hépto-Gastro-Entérologue, Paris)
- Patrick FAURE* (Hépto-Gastro-Entérologue, Toulouse)
- Christine SILVAIN* (Hépto-Gastro-Entérologue, Poitiers)
- Philippe SOGNI* (Hépto-Gastro-Entérologue, Paris)



*Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

Maladie rénale

- Vincent AUDARD* (Néphrologue, Créteil)
- Jean-Jacques BOFFA* (Néphrologue, Paris)
- Eric FERAILLE (Néphrologue, Genève)
- Dominique GUERROT* (Néphrologue, Rouen)
- Francois PROVOT* (Néphrologue, Lille)



* Société Francophone de Néphrologie-Dialyse et Transplantation

Maladies neurologiques

- Agnès BODINEAU (Chirurgien-dentiste, Draveil)
- Julien DUMURGIER (Neurologue, Paris)
- Didier HANNEQUIN* (Neurologue, Rouen)
- Cécile HVOSTOFF (Chirurgien-dentiste, Palaiseau)
- Aurélie LESAGE-LAPOSTOLLE (Géiatre, Paris)
- Louis MAILLARD* (Neurologue, Nancy)
- Caroline MOREAU* (Neurologue, Lille)
- Igor SIBON* (Neurologue, Bordeaux)



*Société Française de Neurologie

Troubles de l'immunité

- Helene COIGNARD-BIEHLER* (Infectiologue, Paris)
- Claudine DUVIVIER (Infectiologue, Paris)
- Raphael LEPEULE (Médecin interniste, Paris)
- Pierre TATTEVIN* (Infectiologue, Rennes)



*Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Grossesse et allaitement

- Philippe DERUELLE* (Gynécologue-Obstétricien, Lille)
- Guillaume DOUCEDE* (Gynécologue-Obstétricien, Lille)
- Annabelle FAURE Van-ROSSUM (Gynécologue-Obstétricienne, Genève)
- Olivier GRAESSLIN* (Gynécologue-Obstétricien, Reims)
- Mélanie TROTTA (Sage-femme, Marly-le-Roi)



*Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Ce document est une compilation des mises à jour réalisées en partenariat avec les sociétés médicales citées ci-dessus. Ces nouvelles fiches ont pour vocation de remplacer les versions précédentes au sein du document initial publié en 2013.

Risques dus à une maladie 5

Maladies cardio-vasculaires

 Hypertension artérielle 6

 Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde.....10

 Arythmies cardiaques, pacemaker et défibrillateur implantable.....14

 Insuffisance cardiaque17

 Patient à risque d'endocardite infectieuse 20

Maladie respiratoire

 Asthme 23

Maladies hépatiques et gastro-intestinales

 Hépatites virales 27

 Insuffisance hépatique et cirrhose31

 Maladies inflammatoires chroniques intestinales 35

Maladie rénale

 Insuffisance rénale chronique et dialyse 38

Maladies neurologiques

 Épilepsie 42

 Maladie d'Alzheimer 45

Troubles de l'immunité

 VIH et SIDA 48

Risques dus à un état physiologique particulier 53

 Grossesse et allaitement 54

© 2013-2016 ADF, Paris
22, avenue de la Grande Armée
75017 Paris
Tél. 01 58 22 17 10
Fax 01 58 22 17 40
www.adf.asso.fr
ISSN : 2106-7031

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa premier de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. La loi du 11 mars 1957 n'autorise, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective d'une part et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration.

Achevé d'imprimer en novembre 2016

RISQUES DUS À UNE MALADIE

Maladies cardio-vasculaires

Hypertension artérielle6

Maladie coronarienne, angor et infarctus du myocarde 10

Arythmies cardiaques, pacemaker et défibrillateur implantable 14

Insuffisance cardiaque 17

Patient à risque d'endocardite infectieuse 20

Maladie respiratoire

Asthme.....23

Maladies hépatiques et gastro-intestinales

Hépatites virales27

Insuffisance hépatique et cirrhose..... 31

Maladies inflammatoires chroniques intestinales35

Maladie rénale

Insuffisance rénale chronique et dialyse 38

Maladies neurologiques

Épilepsie42

Maladie d'Alzheimer45

Troubles de l'immunité

VIH et SIDA 48

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Généralités [4]

Définition
L'Hypertension Artérielle (HTA) se définit par une Pression Artérielle Systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une Pression Artérielle Diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg.
L'HTA est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire.

Classification

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

L'objectif de la prise en charge vise à obtenir une PAS < 140 mmHg et une PAD < 90 mmHg.

Prise en charge médicale de la maladie [3-5]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
• Correction des facteurs de risque cardiovasculaire associés • Modération de la consommation d'alcool • Restriction sodée • Réduction pondérale • Exercice physique	<u>Monothérapie ou association de plusieurs antihypertenseurs :</u> • Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) : énalapril (Renitec®), captopril (Lopril®), ramipril (Triatec®), périndopril (Coversyl®)... • Antagonistes de l'angiotensine II : losartan (Cozaar®), valsartan (Tareg®), candésartan cilexetil (Atacand®), irbésartan (Aprovel®)... • Inhibiteurs calciques : diltiazem (Tildiem®), nifédipine (Adalate®), amlodipine (Amlor®), vérapamil (Isoptine®), nicardipine (Loxen®)... • Bêta-bloquants : acébutolol (Sectral®), aténolol (Ténormine®), propranolol (Avlocardyl®) ... • Diurétiques : indapamide (Fludex®), spironolactone (Aldactone®), hydrochlorothiazide (Esidrex®)...

Répercussions buccales [2,6]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
L'hypertension artérielle n'a pas de répercussion directe sur la cavité buccale	• Hyposialie – Xérostomie (toutes les classes d'antihypertenseurs) • Réactions lichénoïdes (IEC, diurétiques notamment le furosémide) • Hyperplasie gingivale (inhibiteurs calciques notamment la nifédipine) • Altération du goût (certains IEC) • Toxidermies ulcéreuses : ulcérations ou érosions de la muqueuse buccale (certains antagonistes de l'angiotensine II)



Hyperplasie gingivale chez un patient traité par inhibiteur calcique

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique	✓		Risque d'hémorragie peropératoire
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autres	✓		Risque de crise hypertensive ou d'hypotension artérielle orthostatique

Prise en charge au cabinet dentaire [1,5,9]

Points clés

- Les traitements antihypertenseurs peuvent provoquer une hypotension artérielle orthostatique.
- Un patient ayant une HTA normale ou normale haute peut être traité comme un patient non-hypertendu en respectant les précautions générales (cf. ci-dessous).
- Chez les patients hypertendus ayant une HTA de grade I, II ou III le stress et la douleur peuvent provoquer une élévation des chiffres tensionnels.

Précautions générales

Pour tous les patients :

- Prévenir une hypotension artérielle orthostatique en fin de soins en relevant le patient lentement.
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses.

Pour les patients ayant une HTA de grade I, II ou III :

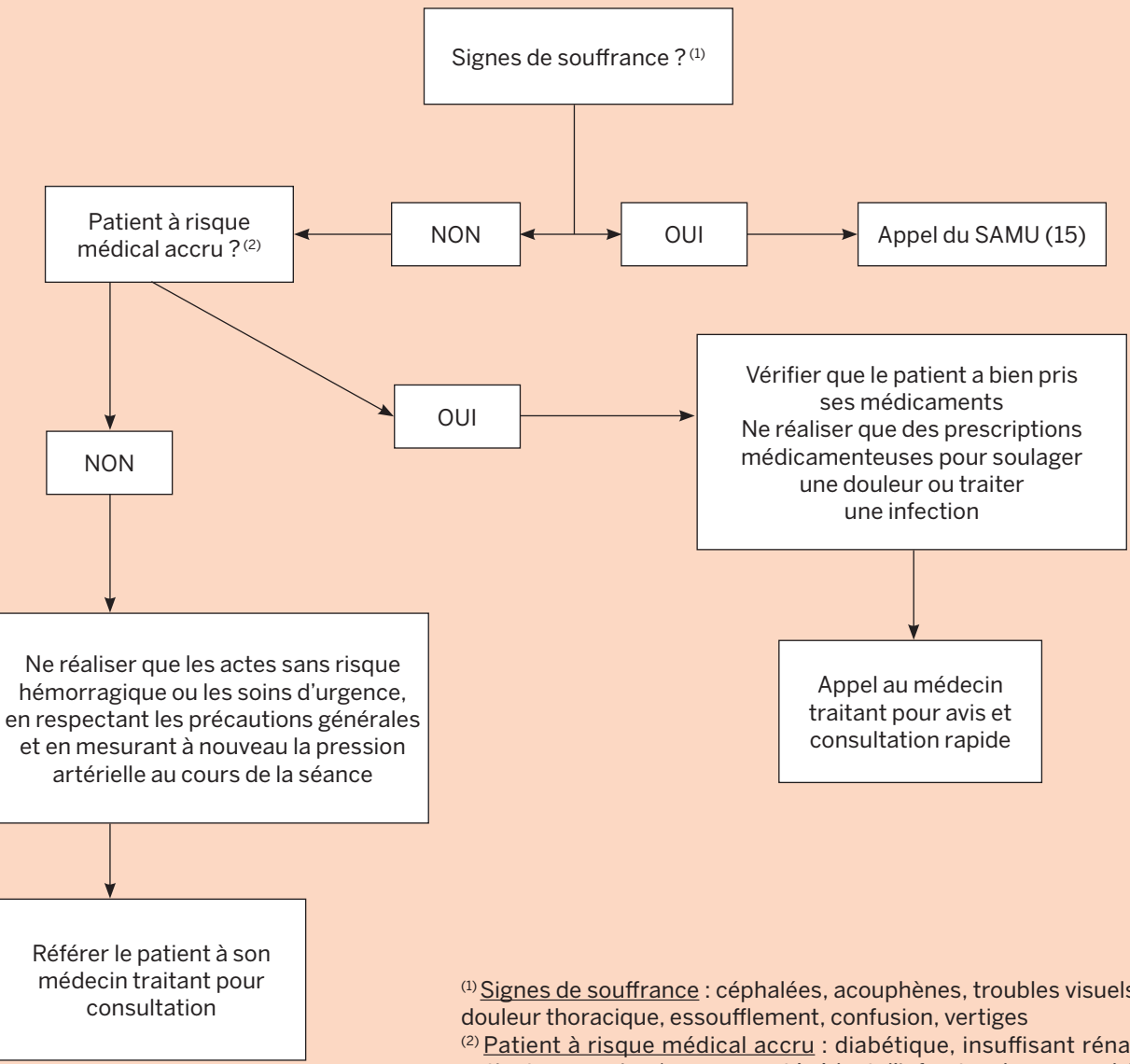
- Mesurer la pression artérielle du patient avant les soins (appareil de mesure électronique).
- Prémédication sédatrice et/ou MEOPA en fonction du niveau de stress du patient.
- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs.
- En cas d'acte chirurgical : prévoir du matériel d'hémostase.
- Si durant les soins le patient fait un malaise et présente des céphalées, des vertiges, des troubles visuels, des acouphènes ou une confusion, il faut suspecter une crise hypertensive. Le contrôle des chiffres tensionnels s'impose ainsi qu'un avis cardiologique rapide.

Situations cliniques

Patient présentant une HTA de grade I (140 ≤ PAS ≤ 159 et/ou 90 ≤ PAD ≤ 99)

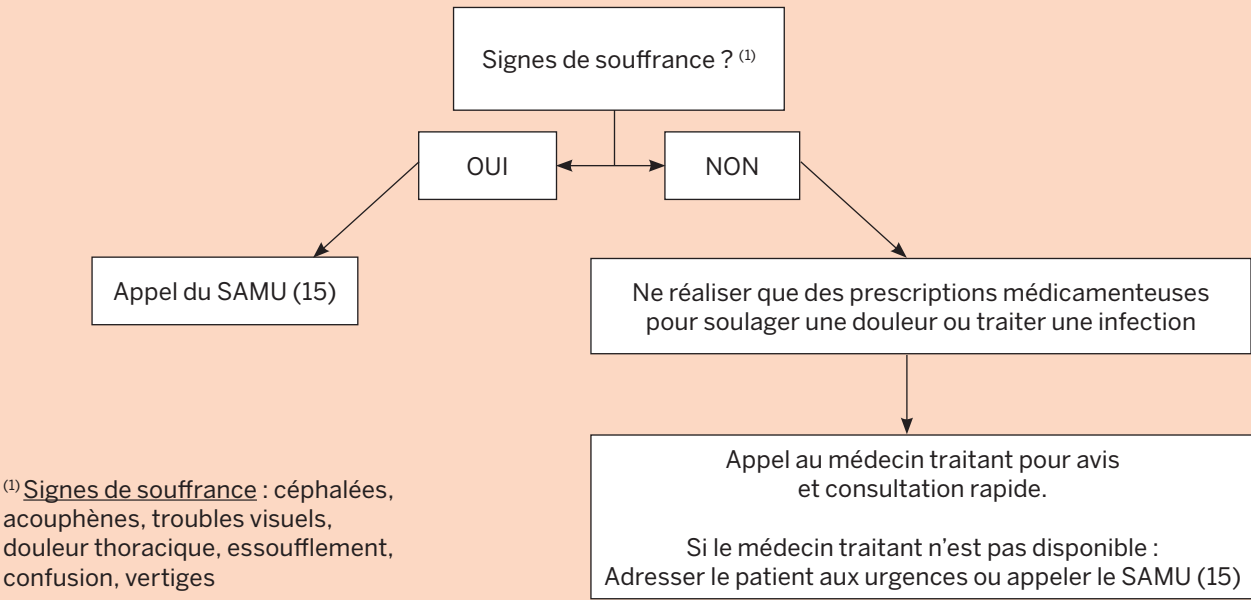
- Tous les soins peuvent être pratiqués en respectant les précautions générales
- Référer le patient à son médecin traitant pour une réévaluation de la maladie

Patient présentant une HTA grade II (160 ≤ PAS ≤ 179 et/ou 100 ≤ PAD ≤ 109)



(1) Signes de souffrance : céphalées, acouphènes, troubles visuels, douleur thoracique, essoufflement, confusion, vertiges
(2) Patient à risque médical accru : diabétique, insuffisant rénal, patient coronarien (angor ou antécédent d'infarctus du myocarde), antécédent d'AVC hémorragique

Patient présentant une HTA de grade III (PAS ≥ 180 et/ou PAD ≥ 110)



(1) Signes de souffrance : céphalées, acouphènes, troubles visuels, douleur thoracique, essoufflement, confusion, vertiges

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [2,4,7]

Chez le patient hypertendu ayant une HTA de grade I, II ou III
• Limiter la dose de vasoconstricteurs à 4 cartouches adrénalinées à 1/200 000. Au-delà, utiliser des cartouches d'anesthésie sans vasoconstricteurs.

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [9]

- Antibiotiques**
• Pas de précautions particulières, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient
- 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).
• Lors de la prescription d'AINS ou de corticoïdes chez les patients traités pour une hypertension artérielle, il faut recommander une surveillance accrue de la pression artérielle à l'aide d'un appareil d'automesure (diminution possible de l'effet antihypertenseur de certains traitements).
• Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.
- Antifongiques**
• Pas de précautions particulières, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- L'HTA ne contre-indique aucun acte, mais il faut se référer aux précautions générales et aux situations cliniques pour adapter la prise en charge

Références
1. Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions. J Contemp Dent Pract. 2003 Feb 15;4(1):10-31
2. Bavitz JB. Dental management of patients with hypertension. Dent Clin N Am. 2006 Oct;50(4):547-62
3. Herman WW, Konzelman JL Jr, Prisant LM; Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. New guidelines on hypertension. A summary for dentistry. J Am Dent Assoc. 2004 May;135(5):576-84
4. Hupp WS. Cardiovascular diseases. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. John Wiley and Sons, Inc. Publication. 2012
5. Recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Société Européenne d'Hypertension. Société Européenne de Cardiologie. Journal of hypertension 2007 ; 25 : 1105-87
6. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004 Jul 1;15(4):221-39.
7. Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations. Med Buc Chir Buc. 2003. 9 (2) 83-85
8. Vidal 2013. 89ème édition.
9. Yiagela JA. Management of the hypertensive dental patient. J Calif Dent Assoc. 2007 Jan;35(1):51-9

MALADIE CORONARIENNE
ANGOR ET INFARCTUS DU MYOCARDE

Généralités [2]

Définition
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 d'effort
- Le syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST sans élévation de troponine (angor instable)
- Le syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST avec élévation de troponine (anciennement infarctus non Q)
- Le syndrome coronaire aigu avec sus décalage du segment ST (infarctus du myocarde)

Classification
Les patients coronariens auxquels le chirurgien-dentiste peut être confronté pour une prise en charge odontologique en cabinet dentaire sont donc :

- Les patients ayant un antécédent de syndrome coronaire aigu
- Les patients ayant un angor d'effort

L'angor est classé en fonction du degré de gêne fonctionnelle (classification de la Société Canadienne de Cardiologie) :

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

Prise en charge médicale de la maladie [2,4,8,9]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
• Sevrage tabagique • Traitement d'un diabète ou d'une hypertension • Régime hypolipémiant • Exercice physique • En cas de surpoids : perte de poids	Les patients présentant un angor d'effort et ceux ayant présenté un syndrome coronaire aigu ont les mêmes traitements : • Bêtabloquants : acébutolol (Sectral®), aténolol (Ténormine®), bisoprolol (Cardensiel®) ... • Inhibiteurs calciques : diltiazem (Tildiem®), amlodipine (Amlor®), nicardipine (Loxen®)... • Agents antiplaquettaires (AAP) : aspirine (Aspégic®, Kardégic®....), clopidogrel (Plavix®), aspirine + clopidogrel (Duoplavin®), prasugrel (Efient®), ticagrelor (Brilique®) • Statines (hypocholestérolémiants) : rosuvastatine (Crestor®), pravastatine (Elisor®), simvastatine (Lodales®, Zocor®), atorvastatine (Tahor®) ... • Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) : énalapril (Renitec®), captopril (Lopril®), ramipril (Triatec®), périndopril (Coversyl®) ... • Antagonistes de l'angiotensine II : valsartan (Tareg®), candésartan cilexetil (Atacand®) ... En cas d'intolérance aux IEC • Anti-Aldostérones : spironolactone (Spiroctan®, Aldactazine®, Aldactone®), éplérénone (Inspra®) ... <u>Associé ou non à :</u> • Dérivé nitré à libération prolongé (timbre transdermique ou comprimé) • Trinitrine sublinguale (Natispray®, Isocard®) : en cas de crise d'angor <u>Traitement de revascularisation :</u> • Angioplastie coronaire avec pose d'un stent actif ou nu • Pontage aorto-coronaire <u>Défibrillateur implantable :</u> Il est discuté en cas de dysfonction systolique ventriculaire gauche ou de mort subite ressuscité

Répercussions buccales [11]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
La maladie coronarienne n'a pas de répercussions directes sur la cavité buccale	• Hyposialie – Xérostomie (IEC, bêtabloquants, inhibiteurs calciques) • Réactions lichénoïdes (IEC) • Hyperplasie gingivale (inhibiteurs calciques notamment la nifédipine) • Altération du goût (certains IEC) • Lésions hémorragiques des muqueuses : pétéchies, purpura, bulles hémorragiques (AAP) • Ulcération buccale au Nicorandil® (anti-angineux peu utilisé)

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique	✓		Traitement antiplaquettaire
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autre	✓		Risque de syndrome coronaire aigu

Prise en charge au cabinet dentaire [1,5-7,10]

Points clés

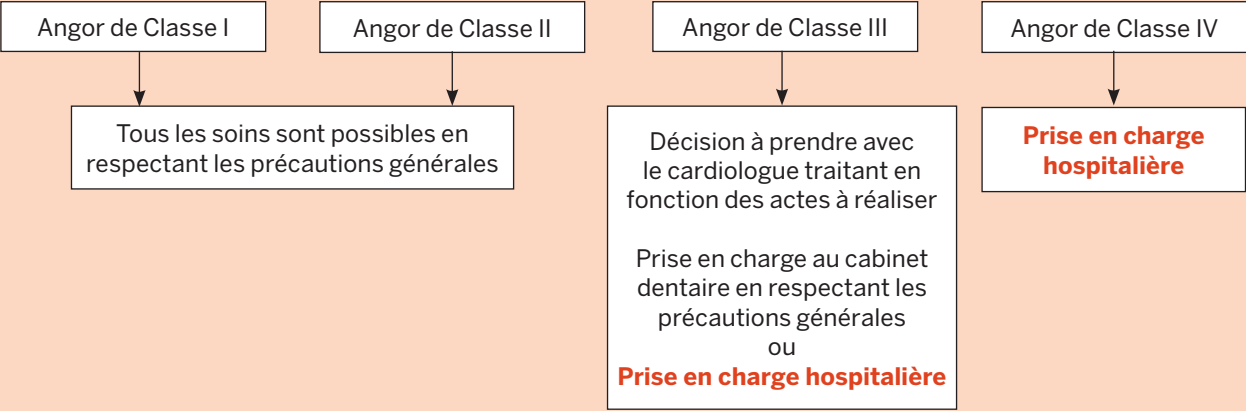
- Le traitement antiplaquettaire ne doit jamais être interrompu avant un geste bucco-dentaire sans un avis cardiologique préalable
- Chez un patient coronarien, la stabilité de la maladie est un facteur essentiel à rechercher
- Un patient présentant un angor d'effort est considéré comme stable si, à l'effort, il ne présente pas plus de symptômes que d'habitude (gêne, oppression ou douleur thoracique) et qu'il est sous traitement médicamenteux, suivi par un cardiologue
- Le risque de récidence après un infarctus du myocarde est le plus important dans les 30 premiers jours suivants l'infarctus
- Les actes de chirurgie orale sont considérés à risque cardiaque péri-opératoire faible

Précautions générales

- Contacter le cardiologue traitant en cas :
 - de signes d'instabilité d'un angor d'effort
 - d'angor d'effort de classe III ou IV
 - de syndrome coronaire aigu récent (moins de 6 mois)
- Prémédication sédatrice et/ou MEOPA en fonction du niveau de stress du patient
- Privilégier des séances courtes
- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs
- Prévenir une hypotension orthostatique en fin de soins en relevant le patient lentement
- Si le patient a de la trinitrine prescrite comme traitement de crise, il doit l'avoir avec lui durant les soins
- En cas de malaise ou de douleur thoracique durant les soins : arrêter les soins et appeler le SAMU (15)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses
- Précautions particulières pour les patients traités par antiplaquettaires (*se référer à la fiche « Antiplaquettaires »*)

Situations cliniques

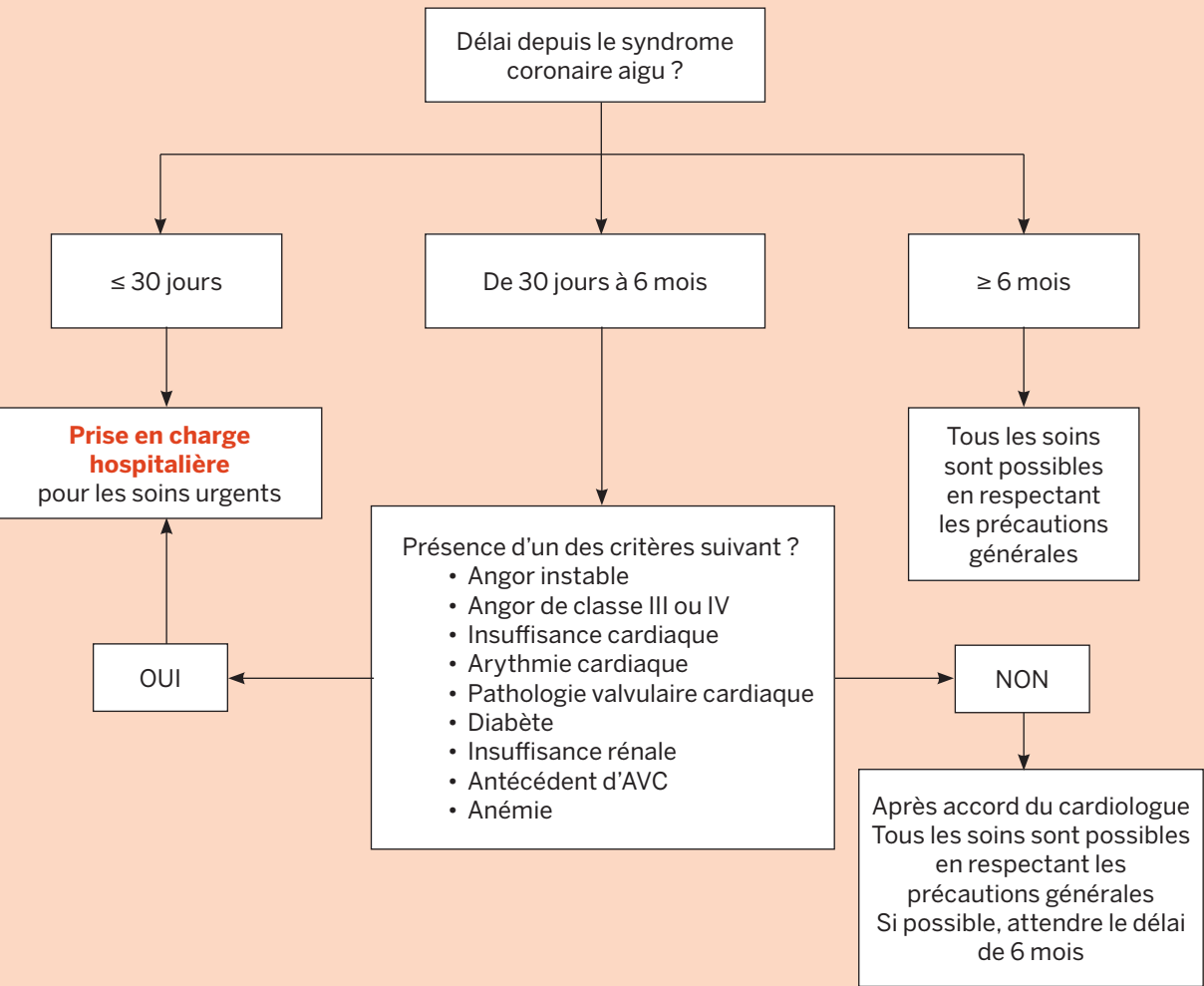
Patient ayant un angor d'effort stable



Patient ayant un angor d'effort non stable

- **Prise en charge hospitalière** pour les soins urgents
- Référer le patient à son cardiologue traitant

Patient ayant présenté un syndrome coronaire aigu



Patient avec un stent

- Ces patients présentent un risque hémorragique lié à une double anti-agrégation plaquettaire donnée après la pose du stent (aspirine + clopidogrel).
- **La durée de cette double anti-agrégation plaquettaire** dépend du type de stent et des circonstances de sa pose (angioplastie programmée ou syndrome coronaire aigu) :
 - Angioplastie programmée avec pose d'un stent nu : 1 mois
 - Angioplastie programmée avec pose d'un stent actif : 1 an
 - Syndrome coronaire aigu : 1 an.
- Pour les patients porteurs d'un stent suite à un syndrome coronarien aigu, se reporter à la prise en charge ci-dessus
- Pour tous les patients porteurs d'un stent et traités par antiplaquettaire, se référer à la fiche « *Antiplaquettaires* »

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [3,5,6,10]

- Limiter la dose de vasoconstricteurs à 4 cartouches adrénalinées à 1/200 000. Au-delà, utiliser des cartouches d'anesthésie sans vasoconstricteur.

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [12]

Antibiotiques

- Les macrolides sont déconseillés chez les patients traités par statines
- Prendre en compte les autres maladies et traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- La prescription d'AINS ou de corticoïdes peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (béta-bloquant, IEC, inhibiteur calcique, antagonistes 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 pression artérielle
- Prendre en compte les autres maladies et traitements du patient

Antifongiques

- La plupart des antifongiques azolés sont contre-indiqués chez les patients traités par statines, cependant le miconazole en gel buccal (Daktarin®) peut être utilisé
- Prendre en compte les autres maladies et traitements du patient

Références

1. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. The Task Force for Preoperative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-Cardiac Surgery of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Anaesthesiology (ESA). European Heart Journal. 2009 30, 2769-2812

2. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Référentiel National de Cardiologie pour le DCEM. Angine de poitrine et infarctus myocardique. 2010. Site de la Société Française de Cardiologie.

3. Hupp JR. Ischemic Heart Disease: Dental management Considerations. Dent Clin N Am 50 (2006) 483-491

4. HAS. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Mars 2007

5. Margaix Muñoz M, Jiménez Soriano Y, Poveda Roda R, Sarrión G. Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13(5):E296-302.

6. Hupp WS. Cardiovascular diseases. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. John Wiley and Sons, Inc, Publication. 2012

7. Prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque. Recommandations formalisées d'experts Société Française d'Anesthésie Réanimation / Société Française de Cardiologie. 2011

8. 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, n°8

9. Recommandations de la Société Française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 94, n°7, juillet 2001

10. Rose LF, Mealay B, Minsk L, Cohen DW. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. J Am Dent Assoc. 2002 Jun;133 Suppl:37S-44S.

11. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004 Jul 1;15(4):221-39.

12. Vidal 2013. 89ème édition.

ARYTHMIES CARDIAQUES
PACEMAKER ET DÉFIBRILLATEUR IMPLANTABLE

Généralités [5,8]

Définition
Les arythmies cardiaques (AC) sont des rythmes cardiaques différents du rythme sinusal normal. Elles sont fréquentes dans la population générale.
L'arythmie cardiaque par fibrillation atriale (AC-FA) est l'arythmie la plus fréquente : elle touche environ 1% de la population française.

Classification
Les principales arythmies sont les suivantes :

Troubles du rythme	Extrasystole	Supraventriculaire	
		Ventriculaire	
	Tachycardie	Tachycardie supraventriculaire	Tachycardie atriale
			Wolff-Parkinson White
			Flutter atrial
			Fibrillation atriale (AC_FA)
		Tachycardie ventriculaire	Tachycardie ventriculaire
			Torsade de pointes
			Flutter ventriculaire
Fibrillation ventriculaire = arrêt cardiaque			
Bradycardie	Bradycardie sinusale		
Troubles de la conduction (bradycardie)	Bloc sino-auriculaire		
	Bloc auriculo-ventriculaire (BAV)	BAV 1 ^{er} degré	
		BAV 2 ^e degré	
		BAV 3 ^e degré	

Prise en charge médicale de la maladie [5,8]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
- Chirurgie (exceptionnelle) - Dispositif cardiovasculaire implantable (traitement des arythmies ventriculaires potentiellement létales) : - Défibrillateur implantable - Dispositif cardiovasculaire implantable (traitement des bradycardies) : - Pacemaker (stimulateur cardiaque)	<u>Arythmies ventriculaires :</u> Anti-arythmiques : amiodarone (Cordarone®), sotalol (Sotalex®)... Bêtabloquants : acebutolol (Sectral®), atenolol (Ténormine®), metoprolol (Lopressor®) propranolol (Avlocardyl®) ... Inhibiteurs calciques : diltiazem (Tildiem®), vérapamil (Isoptine®),... Digitaliques : digoxine (Digoxine®) <u>Arythmies auriculaires</u> Anti-arythmiques : amiodarone (Cordarone®), sotalol (Sotalex®), flecaïnide (Flécaïne®), propafenone (Rythmol®) ... Bêtabloquants : acebutolol (Sectral®), atenolol (Ténormine®), metoprolol (Lopressor®) propranolol (Avlocardyl®) ... Inhibiteurs calciques : diltiazem (Tildiem®), vérapamil (Isoptine®),... Digitaliques : digoxine (Digoxine®), digitoxine (Digitaline®) <u>Prévention des accidents thrombotiques</u> (pour les arythmies atriales) Anticoagulants anti-vitamines K (AVK) acénocoumarol (Sintrom®, Minisintrom®), warfarine (Coumadine®), fluindione (Previscan®)... ou Anticoagulants oraux directs - Antithrombines directs : dabigatran (Pradaxa®) - Anti-Xa : rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®) ou Héparines de bas poids moléculaires ou non fractionnées

Répercussions buccales [9]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
Les arythmies cardiaques n'ont pas de répercussions directes sur la cavité buccale	- Hyposialie – Xérostomie (bêtabloquant, IEC et inhibiteurs calciques) - Réactions lichénoïdes (IEC) - Hyperplasie gingivale (inhibiteurs calciques notamment la nifédipine) - Altération du goût (certains IEC) - Lésions hémorragiques des muqueuses : pétéchies, purpura, bulles hémorragiques (anticoagulants)

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique	✓		Traitement par AVK, anticoagulants oraux directs...
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs et de la technique anesthésique employée
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autre	✓		Risque de dysfonctionnement de l'appareil cardiovasculaire implantable

Prise en charge au cabinet dentaire [1-3,6,8,10]

Points clés

- Le stress et/ou la douleur peuvent provoquer une décompensation de l'arythmie cardiaque, notamment si elle n'est pas stable
- Un patient présentant une arythmie est considéré comme stable s'il n'a pas plus de symptômes que d'habitude (palpitations, essoufflements, sensation d'oppression)
- Il peut exister des interférences électromagnétiques entre les dispositifs cardiovasculaires implantables et certains matériels utilisés au cabinet dentaire (bistouri électrique unipolaire)
- L'utilisation des ultra-sons chez un patient porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable (pacemaker, défibrillateur implantable) est possible sauf information contraire du fabricant
- Les dispositifs cardiovasculaires implantables de nouvelle génération sont moins sensibles aux interférences électromagnétiques
- Il n'y a pas de risque d'infection des dispositifs cardiovasculaires implantables lors des soins dentaires.

Précautions générales

- Contacter le cardiologue traitant en cas de doute sur la stabilité de l'arythmie
- Prémédication sédatrice et/ou MEOPA en fonction du niveau de stress du patient
- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs
- Précautions vis-à-vis de la technique anesthésique employée
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses
- Précautions particulières pour les patients traités par anticoagulants (se référer aux fiches « Anticoagulants AVK » et « Anticoagulants non AVK »)

Situations cliniques

Patient présentant une arythmie traitée et stable

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Patient présentant une arythmie non traitée

- Prise en charge hospitalière

Patient présentant une arythmie non stable

- Prendre contact avec le cardiologue traitant avant de débiter les soins

Patient porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable

- Respecter les précautions générales
- L'utilisation du bistouri électrique unipolaire est contre-indiquée
- L'utilisation des ultra-sons est possible sauf contre-indication du fabricant
- En cas de doute sur le type de matériel implanté ou en cas de matériel très ancien, prendre l'avis du cardiologue traitant avant les soins

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [6,8,10]

- Eviter les injections intra-osseuses et intraligamentaires d'anesthésique avec vasoconstricteurs chez les patients arythmiques
- Respecter les bonnes pratiques des techniques anesthésiques (injection lente...)
- Limiter la dose de vasoconstricteurs à 4 cartouches adrénalinées à 1/200 000. Au-delà, utiliser des cartouches d'anesthésies sans vasoconstricteurs.

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [12]

Antibiotiques

- Les macrolides sont à éviter chez les patients traités par digoxine (augmentation de la digoxinémie) et à surveiller en cas d'association avec le sotalol (Sotalex®) ou l'amiodarone (Cordarone®)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- La prescription d'AINS ou de corticoïdes peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (bétabloquant, IEC, inhibiteur calcique, antagonistes 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 pression artérielle à l'aide d'un appareil d'automesure.
- Le tramadol et l'ibuprofène sont à éviter chez les patients traités par digoxine (augmentation de la digoxinémie)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antifongiques

- Pas de précautions particulières (mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient)

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- Aucun acte bucco-dentaire contre-indiqué, mais il faut se référer aux précautions générales et aux situations cliniques pour adapter la prise en charge

Références

1. AFSSAPS. Interactions entre dispositifs médicaux implantables actifs et dispositifs médicaux. Février 2005
2. Badour et al. Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device Infections and Their Management: A Scientific Statement From the American heart Association. Circulation 2010;121:458-477
3. Crossley GH et al. The Heart Rhythm Society (HRS) / American Society of Anesthesiologists (ASA). Expert consensus statement on the perioperative management of patients with the implantable defibrillators, pacemakers and arrhythmias monitors: facilities and patient management. Herat Rhythm. 2011 Jul;8(7):1114-54
4. Fondation Suisse de cardiologie. Influences perturbatrices sur les stimulateurs cardiaques et les défibrillateurs implantables. Novembre 2010/2
5. Friedlander AH, Yoshikawa TT, Chang DS, Feliciano Z and Scully C. Atrial Fibrillation: Pathogenesis, medical-surgical management and dental implications. JADA 2009;140(2): 167-177
6. Hupp WS. Cardiovascular disease in The ADA practical guide to patients with medical conditions. First edition. John Wiley Ed. 2012
7. Miller CS, Leonelli FM and Latham E. Selective interference with pacemaker activity by electrical dental devices. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol 1998;85:33-6
8. Rhodus NL, Little JW. Dental management of the patient with cardiac arrhythmias: An update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol 2003;96:659-68
9. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004 Jul 1;15(4):221-
10. Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations. Med Buc Chir Buc. 2003. 9 (2) 83-85
11. Stoopler ET, Sia YW, Kuperstein AS. Does ultrasonic dental equipment affect cardiovascular implantable electronic devices? J Can Dent Assoc 2011;77:b113
12. Vidal 2013. 89ème édition.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Généralités [2]

Définition

L'insuffisance cardiaque est un état dans lequel le cœur n'est plus à même de perfuser efficacement les organes périphériques au repos ou à l'effort. Cette maladie est fréquente, la Société Européenne de Cardiologie estime que 2 à 3% de la population européenne en souffre.

Etiologies

- L'insuffisance cardiaque a de nombreuses causes :
- Les cardiopathies ischémiques, valvulaires, rythmiques, congénitales, hypertensives
 - La cardiotoxicité (consommation excessive d'alcool, antécédent de chimiothérapie, de radiothérapie thoracique...)
 - Certaines maladies générales (phéochromocytome...)

Classification

La New York Heart Association (NYHA) a établi une classification de la sévérité de l'insuffisance cardiaque :

NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
Pas de symptôme 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 entraine une fatigue, des palpitations ou une dyspnée	Limitation sévère : symptômes présents même au repos

Prise en charge médicale de la maladie [1,2]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
• Restriction sodée adaptée • Suppression de l'alcool • Correction des facteurs de risque cardio-vasculaires (diabète, tabac, HTA...) • Lutte contre la sédentarité • Activité physique adaptée	<u>Traitement initial :</u> • Diurétiques de l'Anse : furosémide (Lasilix®), bumétamide (Burinex®) • Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) : ramipril (Triatec®), énalapril (Renitec®), captopril (Lopril®), trandalopril (Odrik®), lisinopril (Prinivil®) • Bêtabloquants : bisoprolol (Cardensiel®), carvedilol (Kredex®), métoprolol (Lopressor®), nébivolol (Nébilox®) • Antagonistes de l'angiotensine II (alternative aux IEC) : losartan (Cozaar®), valsartan (Tareg®), candésartan cilexetil (Atacand®) <u>Parfois associé à :</u> • Anti-Aldostérones : spironolactone (Spiroctan®, Aldactone®), Soludactone®, épléronone (Inspira®) • Ivabradine (Procoralan®) • Dispositif cardiovasculaire implantable : resynchronisation, défibrillateur implantable • Traitement de la fibrillation atriale (ralentissement de la fréquence cardiaque en cas de tachycardie, cardioversion dans certains cas pour obtenir le retour en rythme sinusal, anticoagulants...)

Répercussions buccales [5]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
L'insuffisance cardiaque n'a pas de répercussions directes sur la cavité buccale	• Hyposialie – Xérostomie (diurétiques, IEC, bêtabloquants) • Réactions lichénoïdes (IEC, diurétiques notamment le furosémide) • Altération du goût (certains IEC) • Toxidermies ulcéreuses (certains antagonistes de l'angiotensine II)

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique	✓		Si traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autre	✓		Risque de décompensation et d'hypotension artérielle orthostatique

Prise en charge au cabinet dentaire [3,4,6]

Points clés

- Il est primordial d'identifier l'étiologie d'une insuffisance cardiaque car elle peut être la source d'un risque supplémentaire comme, par exemple, un risque d'endocardite infectieuse (patient porteur d'une prothèse valvulaire)
- Un patient présentant une insuffisance cardiaque est considéré comme stable s'il ne présente pas plus de symptômes que d'habitude (essoufflement, palpitations...)
- L'hypertension artérielle, les arythmies, la fièvre peuvent entraîner une décompensation de l'insuffisance cardiaque principalement si celle-ci n'est pas stable
- La décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque gauche se traduit par un œdème aigu du poumon
- Les traitements de l'insuffisance cardiaque (souvent associés, chez des personnes âgées) peuvent provoquer des hypotensions artérielles orthostatiques

Précautions générales

- Contacter le médecin traitant en cas d'insuffisance cardiaque NYHA III-IV ou en cas de doute sur la stabilité de l'insuffisance cardiaque
- Si le patient est stressé : Prémédication sédatrice et/ou MEOPA en fonction de l'importance du stress
- Limiter la dose totale de vasoconstricteurs
- Prévenir une hypotension artérielle orthostatique en fin de soins en relevant le patient lentement (pour prévenir l'hypotension artérielle symptomatique)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses
- Précautions particulières pour les patients présentant une arythmie et/ou porteurs d'un dispositif cardiovasculaire implantable (se référer à la fiche « Arythmie, pacemaker et défibrillateur implantable »)

Situations cliniques

Patient présentant une insuffisance cardiaque NYHA I ou II stable

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Patient présentant une insuffisance cardiaque NYHA III

- Avis du cardiologue pour déterminer, en fonction des soins à réaliser, si la prise en charge peut être réalisée au cabinet dentaire ou s'il est préférable d'avoir une prise en charge hospitalière

Patient présentant une insuffisance cardiaque NYHA IV

- Prise en charge hospitalière

Patient présentant une insuffisance cardiaque non stable

- Prise en charge hospitalière pour les soins urgents ne pouvant pas attendre la stabilisation de la maladie
- Référer le patient à son cardiologue traitant

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [3,4,6]

- Limiter la dose de vasoconstricteurs à 4 cartouches adrénalinées à 1/200 000. Au-delà, utiliser des cartouches d'anesthésie sans vasoconstricteurs

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [7]

Antibiotiques

- Pas de précautions particulières, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- Les AINS sont déconseillés car ils augmentent le risque de décompensation cardiaque
- Les corticoïdes doivent être utilisés avec précautions car ils peuvent entraîner des décompensations cardiaques en provoquant une rétention sodée.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antifongiques

- Pas de précautions particulières, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- Aucun acte bucco-dentaire n'est contre-indiqué, mais il faut se référer aux précautions générales et aux situations cliniques pour adapter la prise en charge

Références

1. ACCF/AHA Practice Guideline: 2009 Focused Update. Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults. A report of the American college of cardiology foundation / American Heart Association Task Force on practice Guidelines. Circulation 2009;119:1977-2016
2. Haute Autorité de Santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. Juillet 2012
3. Herman WW and Ferguson HW. Dental care for patients with heart failure: an update. JADA 2010;141(7):845-853
4. Hupp WS. Cardiovascular diseases. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. John Wiley and Sons, Inc. Publication. 2012
5. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med. 2004 Jul 1;15(4):221-39.
6. Warburton G and Caccamese JF. Valvular heart disease and Heart failure: dental management considerations. Dent Clin N Am 50 2006 ; 493-512
7. Vidal 2013. 89° édition

PATIENT À RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

Généralités [1-4,6]

Définition
Parmi les nombreuses cardiopathies existantes, il est important de savoir identifier celles qui présentent un haut risque d'endocardite infectieuse. L'endocardite infectieuse est la conséquence d'une greffe microbienne sur une valve cardiaque, préférentiellement pathologique. Elle a des répercussions locales (lésions valvulaires) et générales (risque d'insuffisance cardiaque, de complications infectieuses, vasculaires, cérébrales ou rénales). L'endocardite infectieuse est une maladie rare (environ 1500 cas par an en France) dont l'incidence semble stable au cours de ces dernières décennies. Le pronostic de cette maladie est réservé car c'est une forme très grave de septicémie (mortalité hospitalière d'environ 20%).

Classification
Il faut différencier les patients à haut risque d'endocardite infectieuse des autres patients :

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse
- Antécédent d'endocardite infectieuse - Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou anneau prothétique - Cardiopathies congénitales cyanogènes ⁽¹⁾ : - non opérées ou dérivation chirurgicale pulmonaire systémique - opérées avec shunt résiduel - opérées avec matériel prothétique

(1) Tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux, Syndrome d'Eisenmenger, etc...

Toutes les autres cardiopathies (insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, prolapsus de la valve mitrale, bicuspidie aortique, communication inter-ventriculaire, communication inter-auriculaire, etc...) ne sont pas à haut risque d'endocardite infectieuse.

Prise en charge médicale

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	
Cardiopathies congénitales cyanogènes	Prothèses valvulaires
- Ces patients sont théoriquement tous opérés de leur malformation cardiaque dans les premiers mois qui suivent la naissance - Quelques rares cas ne peuvent pas être opérés, mais ils ne sont généralement pas suivis en cabinet dentaire de ville	- Prothèses mécaniques - Traitement anti-vitamines K à vie - Associé parfois à un traitement antiplaquettaire - Prothèses biologiques - Traitement anti-vitamines K pendant les 3 premiers mois seulement (sauf cas particuliers, fibrillation atriale....)

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse
Hémorragique	✓		Si traitement anticoagulant (prothèse valvulaire) ou antiplaquettaire (coronaropathie, AVC, AOMI)
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis de la technique employée
Médicamenteux		✓	
Autre		✓	

Prise en charge au cabinet dentaire [1,5,6]

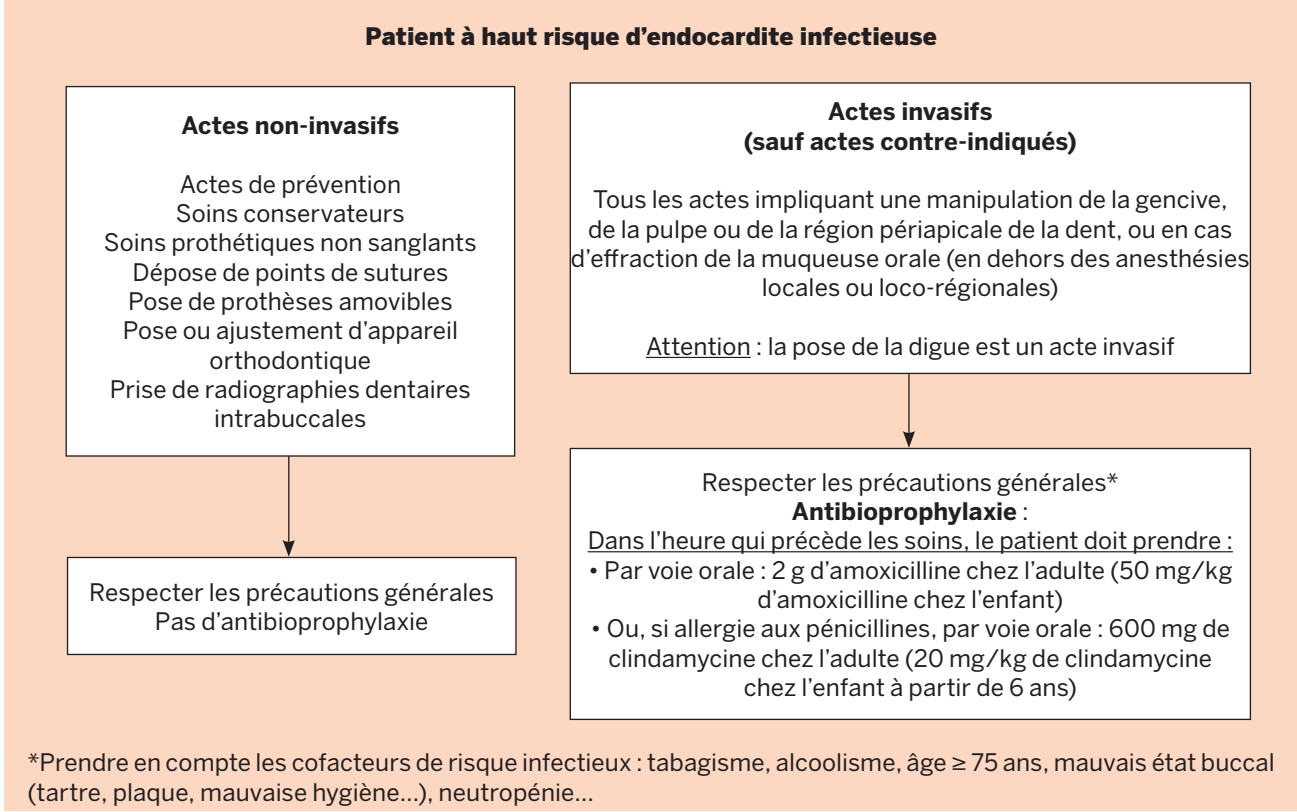
Points clés

- L'hygiène bucco-dentaire est fondamentale dans la prévention des endocardites infectieuses
- Depuis les dernières recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en 2011, seuls les patients à haut risque d'endocardite infectieuse sont concernés par les protocoles de prévention
- Les patients porteurs d'une prothèse valvulaire cardiaque mécanique sont traités à vie par anticoagulant (anti-vitamines K). L'association avec un agent antiplaquettaire dépend des comorbidités.

Précautions générales

- Prendre contact avec le cardiologue traitant en cas de doute sur la nature de la cardiopathie ou sur les antécédents du patient
- Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse :
 - Certains actes invasifs sont contre-indiqués (cf. Actes contre-indiqués au cabinet dentaire)
 - Tout acte invasif réalisable nécessite une antibioprophylaxie
 - Les traitements endodontiques ne doivent être réalisés qu'après vérification de la vitalité pulpaire
 - Les traitements endodontiques sont réservés aux dents vivantes monoradiculées et à la première prémolaire, lorsque le traitement peut être réalisé en une seule séance
- Précautions particulières en cas de :
 - Traitement anti-vitamine K (se référer à la fiche « Anticoagulant anti-vitamine K »)
 - Traitement antiplaquettaire (se référer à la fiche « Antiplaquettaires »)

Situations cliniques



Patient n'étant pas à haut risque d'endocardite infectieuse

- Aucune précaution spécifique en lien avec le risque d'endocardite infectieuse
- Prendre contact avec le cardiologue traitant en cas de doute sur la cardiopathie

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [1]

- Les anesthésies intraligamentaires et intra-osseuses sont contre-indiquées chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

- Pas de précautions spécifiques en rapport avec le risque d'endocardite infectieuse, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Actes contre-indiqués [1]

Chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse :

- Anesthésies intra ligamentaire et intra-osseuse
- Traitement endodontique sur dent à pulpe non vivante et retraitement endodontique
- Traitement endodontique sur dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans digue
- Amputation radiculaire
- Transplantation
- Réimplantation
- Chirurgie périapicale
- Chirurgie parodontale
- Chirurgie implantaire et des péri-implantites
- Mise en place de matériaux de comblement
- Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées

Références

1. AFSSAPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Recommandations. 2011
2. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Institut de Veille Sanitaire. Épidémiologie de l'endocardite infectieuse en France. N°10. 2 avril 2013
3. Delahaye F, Harbaoui B, Cart-regal V, de Gevigney G. Recommendations on prophylaxis for infective endocarditis : dramatic changes over the past seven years ; Arch Cardiovasc Dis. 2009, 102 (3) : 233-245.
4. Duval X. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse : tendances actuelles et recommandations récentes. Annales de cardiologie et d'angéologie. 2008, 57 : 102-108.
5. Duval X, Alla F, Hoen B, Danielou F., Larrieu S., Delahaye F et al. Estimated risk of endocarditis in adults with predisposing cardiac conditions undergoing dental procedures with or without antibiotic prophylaxis. Clin Infect Dis, 2006 ; 42 : 102-107.
6. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, Dulgheru R, El Khoury G, Erba PA, Iung B, Miro JM, Mulder BJ and coll. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by : European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM).

ASTHME

Généralités [4,6,7]

Définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches se caractérisant par des symptômes, une inflammation et une hyperréactivité bronchique. C'est une maladie variable en intensité et en sévérité. Elle est hétérogène tant dans sa présentation clinique que dans le profil inflammatoire endobronchique.

Sur le plan clinique, l'asthme se caractérise par :

- **des symptômes** (sifflements respiratoires, toux, oppression thoracique, essoufflement à l'effort...) de courte durée, réversibles spontanément ou sous l'effet d'un traitement bronchodilatateur
- **des exacerbations** (aggravation des symptômes durant plus de 48h et nécessitant le recours à la corticothérapie orale) potentiellement graves

Environ 5 à 7 % de la population française est asthmatique. Cette maladie est responsable d'un peu moins de 1000 décès par an en France.

Etre asthmatique ne signifie pas systématiquement être allergique, près d'un asthmatique sur trois ne présente pas d'allergie respiratoire.

Classification

Le chirurgien-dentiste doit prendre en compte deux critères chez le patient asthmatique : le contrôle de la maladie et son palier thérapeutique.

• Contrôle de la maladie

Plusieurs paramètres cliniques permettent d'évaluer le contrôle de la maladie asthmatique, l'asthme est alors défini comme **bien contrôlé**, **contrôlé partiellement** ou **non contrôlé**.

Le chirurgien-dentiste peut évaluer le contrôle de l'asthme en posant **4 questions simples** :

- Durant les quatre dernières semaines :
- 1 - Dans la journée, avez-vous eu des symptômes plus de 2 fois par semaine ?
 - 2 - Avez-vous eu un réveil nocturne du à votre asthme ?
 - 3 - Avez-vous utilisé votre bronchodilatateur plus de 2 fois par semaine ?
 - 4 - Avez-vous du limiter certaines activités à cause de votre asthme ?

Asthme bien contrôlé	Asthme contrôlé partiellement	Asthme non contrôlé
Le patient répond NON aux 4 questions	Le patient répond OUI à 1 ou 2 des questions	Le patient répond OUI à 3 ou 4 des questions

• Palier thérapeutique

Le traitement de l'asthme est adapté en fonction du degré de contrôle de la maladie, soit en augmentant le palier thérapeutique en cas de contrôle insuffisant, soit en le diminuant en cas de bon contrôle :

Palier thérapeutique	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Traitement de fond	Aucun	Corticostéroïdes inhalés à faible dose	3 possibilités thérapeutiques : 1. Corticostéroïdes inhalés à faible dose + β_2 agonistes à action prolongée 2. Corticostéroïdes inhalés à moyenne/forte dose 3. Corticostéroïdes inhalés à faible dose + Antileucotriène ou Théophylline	Corticostéroïdes inhalés à moyenne/forte dose + β_2 agonistes à action prolongée + Antileucotriène ou Théophylline	Corticostéroïdes per os +/- Anti-IgE
Traitement de secours	β_2 agonistes à action rapide				

Atopie
L'atopie est une prédisposition héréditaire à développer une allergie, dont la traduction peut être une dermatite atopique (eczéma), un asthme ou des rhinites allergiques.

Prise en charge médicale de la maladie [1,4,6,7,9]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
• Education thérapeutique (utilisation du dispositif d'inhalation, gestion des exacerbations, gestion du traitement de secours...) • Arrêt du tabagisme actif et passif • Eviction des allergènes et des facteurs irritants • Vaccinations anti grippale et antipneumococcique • Activité physique régulière • Traitement des facteurs aggravants (reflux gastro-œsophagien, rinosinusite chronique...)	<u>Traitement de fond</u> (traitement quotidien) • Corticostéroïdes inhalés : béclométasone (Bécotide®), budésonide (Pulmicort®), fluticasone (Flixotide®)... • Anti-leucotriènes : montélukast (Singulair®)... • β₂ agonistes à action prolongée : salmétérol (Serevent®), formotérol (Foradil®), formotérol + budésonide (Symbicort®), salmétérol + fluticasone (Sérétide®) ... • Théophylline : Euphylline®, Théostat® • Omalizumab : anticorps monoclonal anti IgE (Xolair®) • Corticostéroïde oraux (donnés en traitement de fond pour les asthmes les plus sévères, à la dose la plus faible possible) <u>Traitement de secours</u> (traitement des symptômes brefs et des exacerbations) • β₂ agonistes à action rapide : salbutamol (Ventoline®), terbutaline (Bricanyl®)... • Corticostéroïdes oraux : prednisone (Cortancyl®), prednisolone (Solupred®)...

Répercussions buccales [2,3,5,8]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
L'asthme n'a pas de répercussions directes sur la cavité buccale	• Mycose buccale (corticostéroïdes par voie inhalée notamment si le patient ne se rince pas la bouche après leur utilisation ou s'il utilise mal son dispositif d'inhalation) • Hyposialie (anti-leucotriènes) • Irritations buccales (β₂ agonistes à action immédiate et prolongée) • Augmentation du risque d'érosion dentaire par plusieurs mécanismes : - Certains traitements par inhalateur entraînent une baisse de pH - Les patients asthmatiques ont fréquemment des reflux gastro-œsophagiens ce qui entraine également une baisse du pH intrabuccal

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Possible en cas de corticothérapie per os
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués et risque d'interactions médicamenteuses
Autre	✓		Risque de crise d'asthme

Prise en charge au cabinet dentaire [5]

Points clés

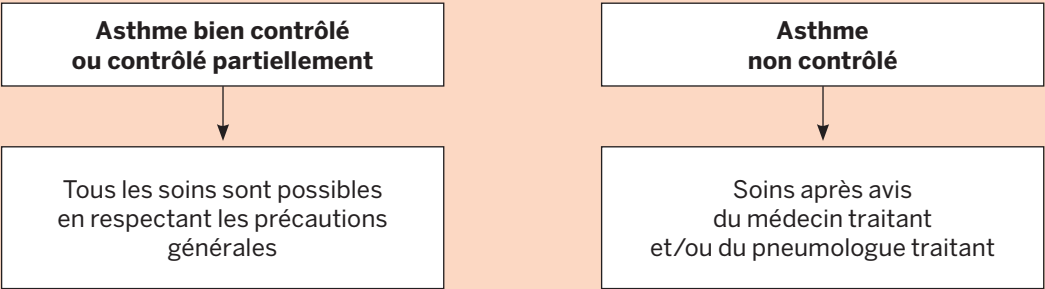
- Le stress et la douleur peuvent provoquer un bronchospasme chez un patient asthmatique, surtout en cas d'asthme non contrôlé
- Chez les asthmatiques atopiques, il faut rechercher une allergie connue au latex ou une allergie alimentaire pouvant faire suspecter une allergie au latex (allergie à la banane, au kiwi, la châtaigne, le sarrasin, l'avocat ou le poivron)
- Un patient avec un asthme non contrôlé risque de déclencher une crise d'asthme au contact des allergènes ou des irritants présents durant les soins dentaires : latex, poussière d'émail ou de résine...

Précautions générales

- Contacter le médecin traitant en cas de doute sur le contrôle de la maladie
- Prémédication sédatrice et/ou MEOPA en fonction du niveau de stress du patient
- Le patient doit avoir son traitement de secours sur lui pendant les soins
- Préconiser un rinçage buccal à l'eau après chaque utilisation de corticoïdes inhalés (prévention des mycoses buccales). En cas de mycoses récidivantes, contacter le médecin traitant pour revoir la technique d'inhalation, voire pour changer le dispositif
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses et des médicaments contre-indiqués
- Précautions particulières pour les patients sous corticoïdes per os (se référer à la fiche « Corticothérapie au long cours »)

Situations cliniques

Patient asthmatique avec un palier thérapeutique de niveau 1 à 4



Patient asthmatique avec un palier thérapeutique de niveau 5

- Prendre contact systématiquement avec le médecin traitant
- Peut relever d'une prise en charge hospitalière en fonction des soins à pratiquer et/ou de l'état du patient

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- Pas de précautions spécifiques

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [10]

Antibiotiques

- Pas de précautions spécifiques, mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- La codéine est contre-indiquée chez les patients asthmatiques
- Les AINS sont contre-indiqués en cas d'antécédent de crise d'asthme provoqué par les AINS ou l'aspirine (plus fréquent sur les terrains d'asthme sévère, mal contrôlé ou associé à une polypose nasale)
- Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par corticoïdes per os (augmentation du risque d'ulcère et d'hémorragie digestive) 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 (omeprazole, lansoprazole...)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antifongiques

- Le fluconazole est à utiliser avec précaution chez les patients traités par théophylline (augmentation de la théophyllinémie avec risque de surdosage)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- L'asthme en lui-même ne contre-indique aucun acte bucco-dentaire, mais il faut tenir compte des précautions générales et des situations cliniques pour adapter la prise en charge

Références

1- AFSSAPS, ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. 2004.
2- Alavaikko S, Jaakkola MS, Tjaderhane L, Jaakkola JJ. Asthma and caries: a systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol 2011;174(6):631-41.
3- Delmas MC, FuhrmanC. L'asthme en France: synthèse des données épidémiologiques descriptives. Revue des Maladies Respiratoires 27, n°2 (février 2010): 151- 159.
4- GINA - Global initiative for asthma. 2014 <http://www.ginasthma.org/documents/1/Pocket-Guide-for-Asthma-Management-and-Prevention>
5- Moizan H, Lagarde A, Haloun A. Modalités de prise en charge du patient asthmatique en chirurgie buccale. Med Buccale Chir Buccale 2003;9:37-48.
6- Révision des recommandations « Gina » sur l'asthme, et « gold » sur la BPCO. Folia Pharmacotheapeutica. 2007.
7- The British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the management of asthma. 2008, revised 2011.
8- Thomas MS, Parolia A, Kundabala M, Vikram M. Asthma and oral health: a review. Aust Dent J 2010;55(2):128-33
9- US National Institutes of Health. National Heart, Lung and blood institute.National asthma education and prevention program. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. NIH Publication. 2007.
10- Vidal 2013. 89° édition

HÉPATITES VIRALES

Généralités [6,9]

Définition

Les hépatites virales sont des maladies du foie caractérisées par une inflammation du tissu hépatique secondaire à une infection virale. Les virus responsables sont le : VHA, VHB, VHC, VHD (le VHD utilise le VHB pour se multiplier, il ne touche donc que les patient porteur du VHB) et VHE. Ils peuvent tous être responsables d'une hépatite aiguë (souvent asymptomatique, mais dans de rares cas, le pronostic vital du patient peut être engagé). Seuls les virus de l'hépatite B, C et D peuvent passer à la chronicité (E dans de rare cas).
On parle d'hépatite chronique lorsque la durée de la maladie est supérieure à 6 mois.

Classification

Virus	Prévalence des hépatites chroniques en France	Durée d'incubation	Mode de contamination
VHA	-	15 à 45 jours	Féco-orale
VHB	200000 à 300000 cas	50 à 150 jours	Essentiellement par voies sexuelle et parentérale (toxicomanie intraveineuse). Dans les pays en voie de développement la transmission mère-enfant est importante
VHC	Environ 600000 cas	30 à 100 jours	Contamination par transfusion (avant mars 1990) et par toxicomanie intraveineuse. La contamination par voie sexuelle et la transmission mère-enfant sont faibles (0 à 5%)
VHD	-	30 à 100 jours	Contamination essentiellement par toxicomanie intraveineuse
VHE	Très rare (chez patient immunodéprimé)	15 à 90 jours	Féco-orale dans les pays des continents asiatique et africain. Par consommation de viande de porc ou de gibier à poil mal cuite en Europe de l'Ouest

Il existe une prévalence élevée de l'infection VIH chez les patients présentant une hépatite virale B ou C (facteurs de risques communs). Il faut donc toujours interroger ces patients sur leur statut sérologique vis-à-vis du VIH.

Prise en charge médicale de la maladie [6,8,9]

Virus	Traitements
VHA aiguë	• Pas de traitement spécifique • Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques • Surveillance
VHB aiguë (90% cas de guérison chez l'adulte immunocompétent)	• Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques • Surveillance clinique, du bilan hépatique et du TP • Adapter la posologie des médicaments à métabolisme hépatique
VHB chronique	• Le traitement antiviral n'est pas systématique • En cas de traitement : analogues de 2ème génération (entecavir ou tenofovir) ou interféron pégylé • Arrêt ou consommation faible d'alcool en fonction de la sévérité de la fibrose • Eviter les médicaments hépatotoxiques
VHC aiguë (10 à 40% de guérison)	• Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques • Surveillance
VHC chronique	• Ribavirine (Copegus® ou Rebetol®) • Utilisation des nouvelles molécules anti-virales à action directe (par exemple le sofosbuvir) • Arrêt ou consommation faible d'alcool en fonction de la sévérité de la fibrose • Eviter les médicaments hépatotoxiques
VHD	• Si passage à la chronicité, traitement par interféron pégylé
VHE aiguë	• Pas de traitement spécifique sauf chez les patients immunodéprimés • Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques • Surveillance

Répercussions générales à prendre en compte

- Risque d'insuffisance hépatique (cf. ci-dessous)
- Risque d'anémie, de neutropénie et de thrombopénie induite par la maladie ou les traitements

Manifestations cliniques de l'insuffisance hépatique

Fatigue importante et anormale (asthénie)

Ictère conjonctival ou cutané

Cédèmes, notamment des membres inférieurs

Manifestations cutanées : angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital

Syndrome hémorragique : gingivorragies, pétéchies, épistaxis

Critères d'une insuffisance hépatique sévère

TP < 50%

Encéphalopathie (modifications du sommeil, apathie, astérisis, confusion...)

Répercussions buccales [1,2,5-7]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
• Ictère • Gingivorragies • Purpura, pétéchies, hématomes buccaux • Sialadénites • Lymphomes non hodgkiniens • Lichen plan buccal	• Réactions lichénoïdes (Interférons) • Xérostomie (Interférons) • Pemphigus vulgaire (Interférons) • Mucites/stomatites (neutropénie engendrée par la ribavirine) • Altération du goût (Interférons) • Hémorragies buccales (thrombopénie)

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		En cas de neutropénie ou d'insuffisance hépatique associée
Hémorragique	✓		En cas de thrombopénie ou d'insuffisance hépatique associée
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués
Autre	✓		Risque de contamination en cas d'accident d'exposition au sang (AES)

Prise en charge au cabinet dentaire [3,8-10]

Points clés

- Les patients atteints d'une hépatite aiguë ont en général une altération de l'état général, un risque d'insuffisance hépatique et une charge virale élevée.
- Le diagnostic d'une hépatite chronique repose sur le dépistage car les signes cliniques sont souvent absents.
- Après contamination par le VHB, plus de 90% des sujets adultes non immunodéprimés guérissent et développent des anticorps anti-HBs. Moins de 10% évoluent vers la chronicité.
- Après contamination par le VHC, 30% des sujets guérissent et 70% évoluent vers la chronicité.
- Il existe un risque hémorragique si le patient présente une thrombopénie ou une insuffisance hépatique associée à son hépatite.
- On peut affirmer la guérison d'une hépatite aiguë lorsque les transaminases (ASAT / ALAT) sont normales et associées à des marqueurs viraux de guérison.
- Il y a un risque de transmission virale patient-soignant en cas d'accident d'exposition au sang.

Précautions générales

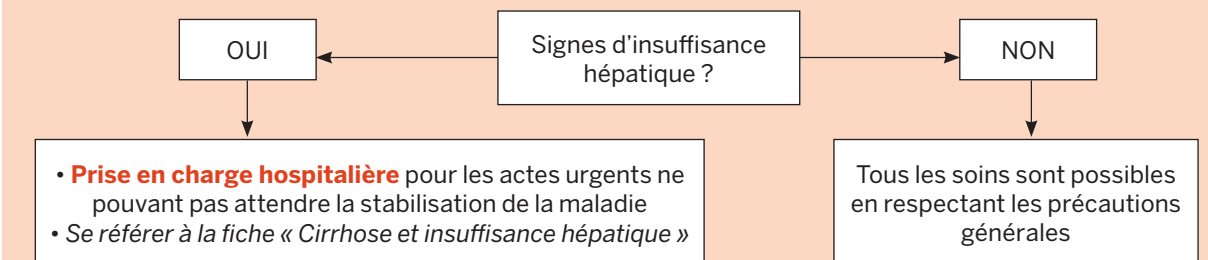
- **Chez un patient atteint d'une hépatite aiguë ou chronique non résolue** : connaître les valeurs récentes de l'hémogramme (NFS + plaquettes) et du TP avant de réaliser des actes invasifs.
- Chez un patient déclarant avoir un antécédent d'hépatite totalement résolue, demander le bilan sanguin de contrôle (transaminases, examens virologiques et hémogramme).
- Prendre contact avec le médecin traitant en cas de neutropénie ou de thrombopénie associée.
- **Précautions particulières en cas de :**
 - Thrombopénie (se référer à la fiche « Thrombopénie »)
 - Insuffisance hépatique associée (se référer à la fiche « Insuffisance hépatique et cirrhose »)
- Tous les professionnels de santé doivent être vaccinés contre le VHB.
- Précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués.
- Précautions habituelles durant les soins pour éviter un accident d'exposition au sang (gants, masque et lunettes de protection).

Situations cliniques

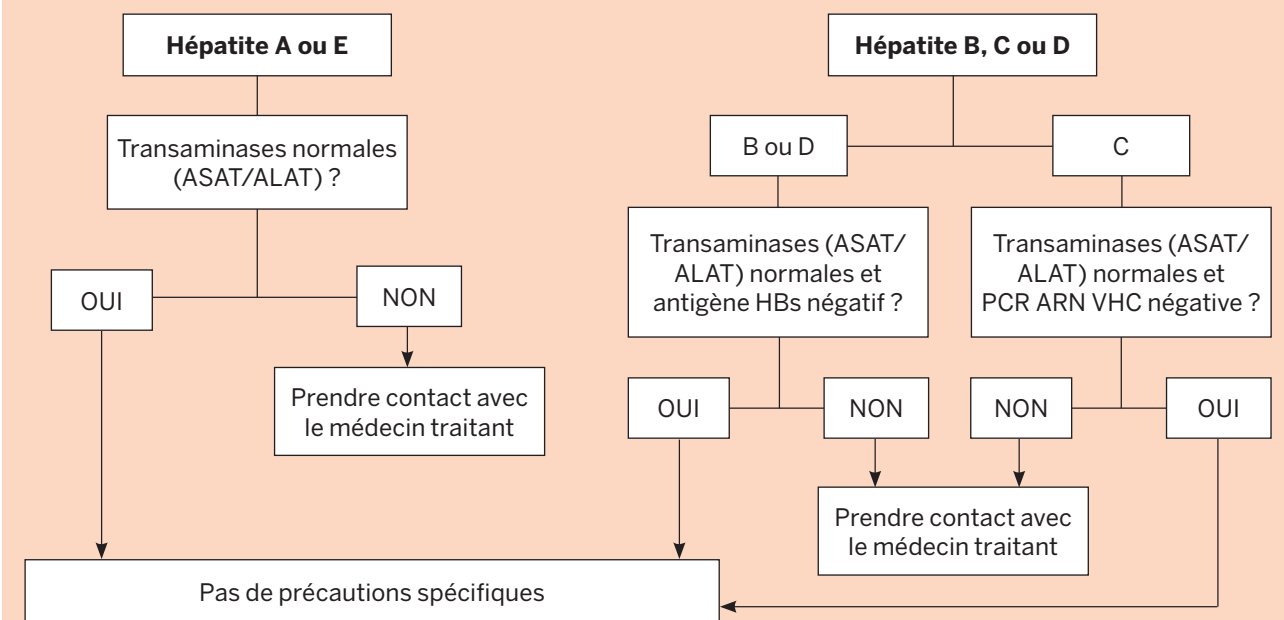
Patient présentant une hépatite aiguë

- Compte tenu de l'altération de l'état général, de la charge virale importante et du risque d'insuffisance hépatique, il est préférable de différer les actes non urgents.
- Il est possible de réaliser des actes d'urgence (pulpectomie, drainage...) afin de soulager le patient, mais il est nécessaire d'avoir connaissance au préalable des résultats de l'hémogramme et du TP.
- Respecter les précautions générales.

Patient présentant une hépatite virale chronique



Patient déclarant avoir un antécédent d'hépatite virale totalement résolue



Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- Lorsque le patient ne présente pas d'insuffisance hépatique ni de thrombopénie, il n'y a pas de précautions particulières vis-à-vis de l'anesthésie.
- En cas de thrombopénie associée se référer à la fiche « Thrombopénie ».

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

Antibiotiques

- En cas d'hépatite aiguë, prendre l'avis du médecin traitant avant les prescriptions. En cas d'urgence, l'amoxicilline peut être utilisé aux doses usuelles (2 à 3g/j).
- En cas d'hépatites chroniques, pas de précautions particulières si le patient ne présente pas de signes d'insuffisance hépatique.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Antalgiques et anti-inflammatoires

- En cas d'hépatite aiguë : le paracétamol (même à dose thérapeutique) et les AINS sont contre-indiqués. Il est possible d'utiliser le tramadol. Pour les autres molécules, prendre l'avis du médecin traitant.
- En cas d'hépatites chroniques, pas de précautions particulières si le patient ne présente pas de signes d'insuffisance hépatique.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Antifongiques

- Pas de précautions particulières si le patient ne présente pas de signes d'insuffisance hépatique (mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient).

Autres

- Pas de précautions particulières si le patient ne présente pas de signes d'insuffisance hépatique (mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient).

Actes contre-indiqués

- Se référer aux situations cliniques

Références

1. Carrozzo, M., Oral diseases associated with hepatitis C virus infection. Part 1. sialadenitis and salivary glands lymphoma. Oral Dis, 2008. 14(2): p. 123-30.

2. Carrozzo, M., Oral diseases associated with hepatitis C virus infection. Part 2: lichen planus and other diseases. Oral Dis, 2008. 14(3): p. 217-28.

3. Golla, K., J.B. Epstein, and R.J. Cabay, Liver disease: current perspectives on medical and dental management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004. 98(5): p. 516-21.

4. Henderson, L., et al., Oral health of patients with hepatitis C virus infection: a pilot study. Oral Dis, 2001. 7(5): p. 271-5.

5. Modi, A.A. and T.J. Liang, Hepatitis C: a clinical review. Oral Dis, 2008. 14(1): p. 10-4.

6. Pilly E. (collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales), Maladies infectieuses et tropicales, 23ème édition. Editions CMIT Vivactis 2012.

7. Scully, C. and J.V. Bagan, Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med, 2004. 15(4): p. 221-39.

8. SNFGE. Hépatite chronique virale. Consulté sur www.snfge.org le 8/12/2015

9. SNFGE. Hépatite virale aiguë. Consulté sur www.snfge.org le 8/12/2015

10. SNFGE. Insuffisance hépato-cellulaire. Consulté sur www.snfge.org le 8/12/2015

11. D. Dhumeaux. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Disponible en ligne

INSUFFISANCE HÉPATIQUE ET CIRRHOSE

Généralités [2,4-6]

Définition

• Insuffisance hépatique

L'insuffisance hépatique se définit comme l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques secondaires à l'altération des fonctions du foie (synthèse, épuration et sécrétion biliaire).

Les principales étiologies de l'insuffisance hépatique sont :

- La cirrhose
- Les hépatites cytolytiques aiguës : virales (virus de l'hépatite A, B, C ou E), toxiques, médicamenteuses (intoxication au paracétamol) ou ischémiques

• Cirrhose

La cirrhose est une affection diffuse du foie, caractérisée par une désorganisation de l'architecture lobulaire hépatique. Son apparition est la conséquence d'une hépatopathie chronique. En France, la prévalence de la cirrhose est estimée entre 2 000 et 3 300 cas par millions d'habitants.

Les principales étiologies de la cirrhose sont :

- La consommation excessive d'alcool (50 à 75%)
- L'infection par le virus de l'hépatite C (15 à 25%)
- L'infection par le virus de l'hépatite B (5%)
- Plus rarement, une maladie stéatosique non alcoolique, une hépatite auto-immune...

La cirrhose a pour conséquence une insuffisance hépatique, une hypertension portale et un état précancéreux.

Classification et tableaux cliniques

• Insuffisance hépatique

Manifestations cliniques de l'insuffisance hépatique
Fatigue importante et anormale (asthénie) Ictère conjonctival ou cutané Œdèmes, notamment des membres inférieurs
Manifestations cutanées : angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital
Syndrome hémorragique : gingivorragies, pétéchies, épistaxis
Critères d'une insuffisance hépatique sévère
TP < 50% Encéphalopathie (modifications du sommeil, apathie, astérisis, confusion...)

• Cirrhose

On différencie :

- La cirrhose compensée (stade A de la classification de Child-Pugh)
- La cirrhose décompensée (stades B et C de la classification de Child-Pugh)

La cirrhose est dite décompensée lorsque le patient présente une ou plusieurs des complications suivantes : hyperbilirubinémie (responsable d'un **ictère**), hypoalbuminémie (responsable d'**œdèmes**, notamment des membres inférieurs), une **ascite**, un **TP inférieur à 50%** ou une encéphalopathie.

Prise en charge médicale de la maladie [7]

Cirrhose compensée	Cirrhose non compensée
• Traitement étiologique : - sevrage alcoolique + vitaminothérapie B1-B6 - traitement antiviral VHB/VHC • Arrêt des médicaments hépatotoxiques et des psychotropes • Dépistage des complications alcoolo-tabagiques • Surveillance tous les 6 mois	• Prise en charge des complications : - Poussée d'ascite - Hémorragie digestive - Syndrome hépato-rénal - Encéphalopathie hépatique • Transplantation hépatique lorsque celle-ci est possible

Répercussions générales [2,7]

- La cirrhose et l’insuffisance hépatique provoquent une immunodépression
- Thrombopénie due à un hypersplénisme secondaire à l’hypertension portale
- Perturbation de la coagulation par altération de la synthèse des facteurs de coagulation par le foie

Répercussions buccales [2,7]

- Angiomes stellaires
- Ictère
- Gingivorragies
- Purpura, pétéchies, hématomes buccaux
- Altération du goût
- Hypertrophie des glandes parotides

Synthèse des risques potentiels en odontologie [1, 2, 5, 6]

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Risque infectieux accru dû à la cirrhose et à l’insuffisance hépatique + possible neutropénie
Hémorragique	✓		Troubles de la coagulation plasmatique / thrombopénie
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis de la molécule anesthésique
Médicamenteux	✓		Métabolisme hépatique non prédictible des médicaments prescrits
Autres	✓		Risque de contamination en cas accident d'exposition au sang pour les patients porteur d’une hépatite

Prise en charge au cabinet dentaire [1,2]

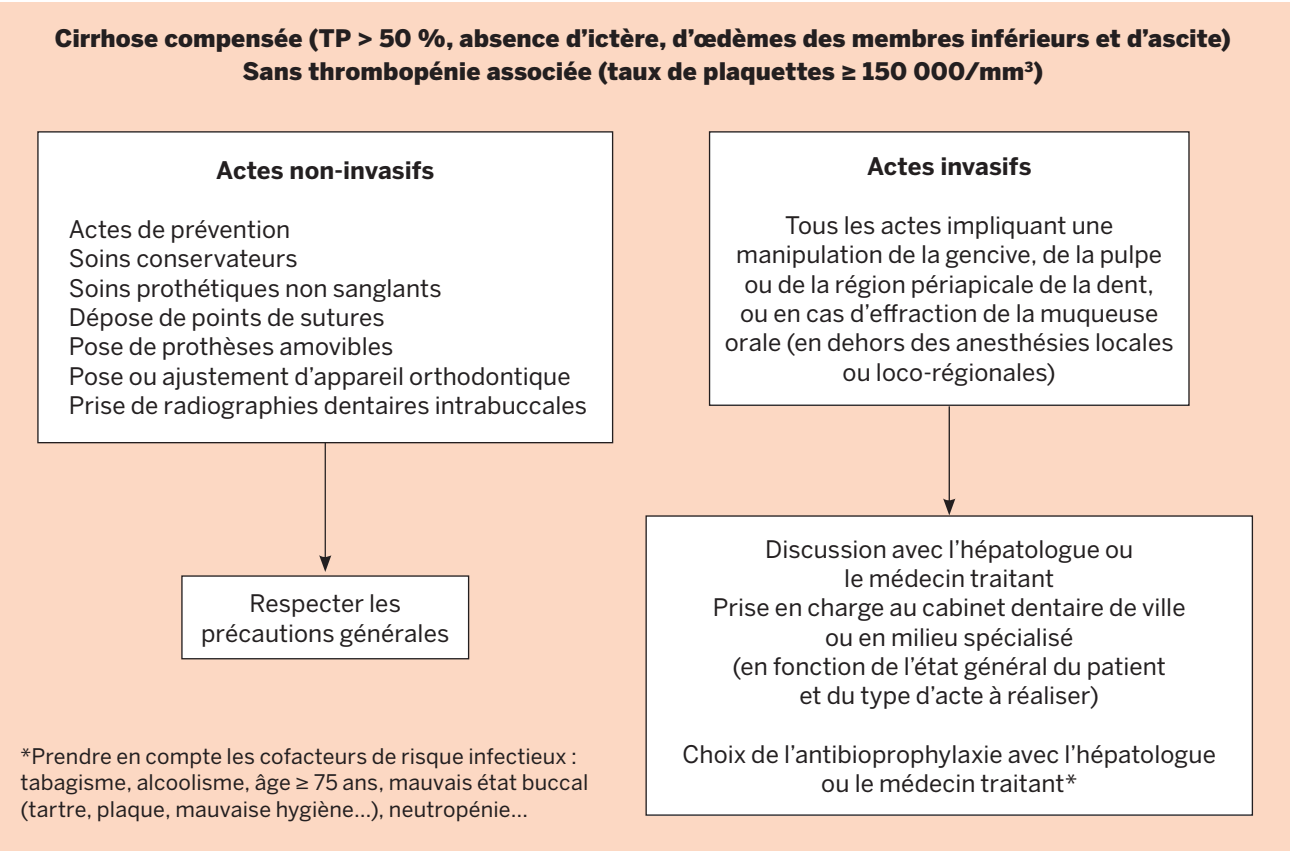
Points clés

- Les infections bactériennes sont plus fréquentes et plus graves chez les patients cirrhotiques et plus généralement chez tous les patients présentant une insuffisance hépatique
- Toute suspicion d’infection bactérienne modérée ou sévère (cellulite maxillo-faciale par exemple) chez un patient cirrhotique ou un patient présentant une insuffisance hépatique doit conduire à une hospitalisation rapide
- Le patient peut avoir une cirrhose compensée mais présenter une thrombopénie sévère
- Chez environ 25% des patients cirrhotiques, la cause de la maladie est une hépatite virale
- La majorité des patients cirrhotiques ont un terrain alcoolo-tabagique nécessitant un suivi régulier pour le dépistage des lésions buccales cancéreuses et précancéreuses
- Le métabolisme de nombreux médicaments est altéré lors d’une insuffisance hépatique
- Au stade de l’encéphalopathie, ces patients ne sont plus vus en cabinet de ville (altération sévère de l’état général)

Précautions générales

- Contacter l'hépatologue ou le médecin traitant avant de réaliser des actes invasifs
- Pour tout patient déclarant être atteint d'une cirrhose : connaître les valeurs récentes de l'hémogramme (NFS + plaquettes) et du TP avant de réaliser des actes invasifs
- Précautions habituelles durant les soins pour éviter un accident d'exposition au sang (gants, masque et lunettes de protection)
- Précautions vis-à-vis de la molécule anesthésique utilisée
- Précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses
- Pour les patients transplantés hépatiques, se référer aux fiches « corticothérapie au long cours » et « immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »

Situations cliniques



**Cirrhose compensée (TP > 50 %, absence d'ictère, d'œdèmes des membres inférieurs et d'ascite)
Avec une thrombopénie associée (taux de plaquettes < 150 000/mm³)**

- Prendre contact avec l'hépatologue ou le médecin traitant avant de débuter des soins
- Prise en charge en cabinet dentaire de ville ou en secteur hospitalier
- Prendre en compte l'importance de la thrombopénie (cf. fiche « Thrombopénie »)

**Cirrhose décompensée
(TP < 50 % et/ou ictère et/ou œdèmes des membres inférieurs et/ou ascite)**

- **Prise en charge hospitalière**

Insuffisance hépatique due à une autre pathologie qu'une cirrhose

- **Prise en charge hospitalière**

Patient candidat à une transplantation hépatique

- Elimination de l'ensemble des foyers infectieux réels et potentiels, en milieu hospitalier, avant la greffe

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [3]

- Eviter la lidocaïne comme molécule anesthésique (extraction hépatique élevée)

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

- Les patients cirrhotiques et les patients insuffisants hépatiques nécessitent des précautions pour toutes les prescriptions envisagées. L'état et la stabilité de leur maladie peut modifier fortement le type de molécule, l'intervalle entre deux prises ou la dose à respecter
- Il est donc impératif de contacter le médecin ou l'hépatologue traitant avant toute prescription
- Dans le cas où une prescription d'urgence doit être faite (pour une cellulite par exemple), il est préférable d'adresser ces patients immédiatement en secteur hospitalier
- Pour les patients transplantés hépatiques, *se référer aux fiches « corticothérapie au long cours » et « immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »*

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- Se référer aux différentes situations cliniques

Références

1. Abouelalaa, K., et al., Haemorrhagic shock following a dental bleeding in a cirrhotic patient. Ann Fr Anesth Reanim, 2007. 26(7-8): p. 714-5.

2. Firriolo, F.J., Dental management of patients with end-stage liver disease. Dent Clin North Am, 2006. 50(4): p. 563-90. vii.

3. Larrey D. Prescription des médicaments en cas de maladies du foie. Hépatogastro- et Oncologie Digestive. 1995;2(6):519-25.

4. Perdigo, J.P., et al., Postoperative bleeding after dental extraction in liver pretransplant patients. J Oral Maxillofac Surg, 2012. 70(3): p. e177-84.

5. SNFGE. Cirrhose. Consulté sur www.snfge.org le 8/12/2015

6. SNFGE. Insuffisance hépatocellulaire. Consulté sur www.snfge.org le 8/12/2015

7. Zeitoun, J.D., J. Lefevre, and A. Chrysostalis, Hépatogastro-entérologie et chirurgie viscérale. Médecine KB 2009.

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES

Généralités [1-5]

Définition
Les Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI) sont caractérisées par l'inflammation chronique d'une partie de la muqueuse intestinale à l'origine d'ulcérations et d'une destruction de la paroi intestinale. Les causes de ces maladies sont multifactorielles (facteurs environnementaux, génétiques et immunologiques) et restent pour l'instant mal définies. Les MICI sont caractérisées par des phases d'activité entrecoupées de phases de rémission. En phase d'activité (phase aiguë), ces maladies se traduisent par :
- des douleurs abdominales
- des selles glairo-sanglantes
- des diarrhées fréquentes
- parfois associés à un amaigrissement voir une altération de l'état général.

Classification
Les MICI regroupent :
- La maladie de Crohn qui touche l'ensemble du tube digestif (de la bouche au périnée)
- La rectocolite hémorragique (RCH) qui se limite au colon
- Les colites inclassées qui sont des formes frontières entre maladie de Crohn et RCH

Il existe une augmentation du risque du cancer colorectal dans les MICI.

Prise en charge médicale de la maladie [2,5]

Non-médicamenteuse	Médicamenteux
• Arrêt du tabac pour les maladies de Crohn • Régime faible en résidus pendant les phases d'activité Dans certains cas : • Traitement chirurgical (résection intestinale, drainage d'abcès...)	• Dérivés aminosalicylés : mésalazine (Pentasa®, Fivasa®, Rowasa®), p-aminosalicylate de sodium (Quadrasa®)... • Corticoïdes : prednisolone (Solupred®), prednisone (Cortancyl®)... • Immunosuppresseurs : mercaptopurine (Purinéthol®), azathioprine (Imurel®), méthotrexate (Novatrex®), ciclosporine (Néoral®)... • Anti-TNF : infliximab (Remicade®), adalimumab (Humira®), golimumab (Simponi®) • Anticorps monoclonal : védolizumab (Entyvio®), ustékinumab (Stelara®) • Antibiotiques : métronidazole (Flagyl®), ciprofloxacine (Ciflox®)

Répercussions buccales [2,4]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
• Ulcération buccale • Autres lésions de la muqueuse buccale : hyperplasies polypoïdes, chéilites, gingivite • Aspect pavimenteux de la muqueuse buccale (Crohn)	<i>Se référer aux fiches « Corticothérapie au long cours » et « Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »</i>



Patient atteint d'une maladie de Crohn présentant une ulcération en fissure au fond du vestibule

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Du aux traitements (corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF...)
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués
Autre		✓	

Prise en charge au cabinet dentaire 2,3]

Points clés

- Les traitements corticoïdes, immunosuppresseurs et anti-TNF majorent le risque d’infections bactériennes, virales ou fongiques.
- Durant les périodes d’activités des MICI, les patients peuvent avoir des traitements médicamenteux plus importants que durant les phases de rémission

Précautions générales

- Faire des contrôles bucco-dentaires réguliers.
- S’assurer de l’absence de foyers infectieux dentaires avant la mise en route d’un traitement immunosuppresseur.
- Durant les phases d’activités des MICI, si l’état général du patient est altéré, il est préférable de différer les soins non urgents, néanmoins il faut s’assurer de l’absence de foyers infectieux.
- Précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués et des interactions médicamenteuses.
- Précautions particulière en cas de :
 - Traitement par corticoïdes (se référer à la fiche «corticothérapie au long cours»)
 - Traitement par immunosuppresseurs ou anti-TNF (se référer à la fiche « Immunosuppresseurs autres que corticoïdes »)

Situations cliniques

Périodes d’activité (phase de symptômes aigus)

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.
- Il faut adapter les soins entrepris durant cette période à l’état général du patient.
- Si l’état général du patient est dégradé, il est préférable de repousser les soins non-urgents à une période de rémission.

Phases de rémission

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

Précautions vis-à-vis de l’anesthésie

- Pas de précautions particulières

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [6]

Antibiotiques

- Les pénicillines sont déconseillées chez les patients traités par méthotrexate (augmentation des effets et de la toxicité hématologique du méthotrexate).
- La clindamycine est à utiliser avec précaution chez les patients traités par ciclosporine.
- Les macrolides nécessitent des précautions d’emplois chez les patients traités par ciclosporine.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Antalgiques et anti-inflammatoires

- Les AINS sont déconseillés chez tous les patients présentant une MICI.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Antifongiques

- Le fluconazole est à utiliser avec précautions chez les patients traités par ciclosporine.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- Les MICI en elles-mêmes ne contre-indiquent aucun acte bucco-dentaire, mais il faut prendre en compte les précautions générales et les situations cliniques pour adapter la prise en charge.

Références

1. Boirivant M, Cossu A. Inflammatory bowel disease. Oral Dis. 2012 Jan;18(1):1-15.
2. Muzyka BC. Gastrointestinal disease. The ADA practical guide to patients with medical conditions. First edition. Edited by Lauren L. Patton
3. Franch AM, Soriano YJ, Pérez GS. Dental management of patients with inflammatory bowel disease. J Clin Exp Dent. 2010;2(4):191-5.
4. Scheper HJ, Brand HS. Oral aspects of Crohn disease. Int Dent J. 2002 Jun;52(3):163-72.
5. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, Ochsenkühn T, Orchard T, Rogler G, Louis E, Kupcinskas L, Mantzaris G, Travis S, Stange E; European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. J Crohns Colitis. 2010 Feb;4(1):7-27.
6. Vidal. 89ème édition.
7. ANSM

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ET DIALYSE

Généralités [1,4]

Définition
La maladie rénale chronique est définie indépendamment de sa cause, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale* ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire en-dessous de 60 ml/min/1,73m². Elle est le résultat d'une altération progressive, prolongée et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein. Une de ses conséquences est l'élévation du taux de certaines substances dans le sang dont l'urée. En France, environ 70 000 personnes sont traités pour une insuffisance rénale terminale, par dialyse (56%) ou par greffe rénale (44%).

Classification

Stade	Définition	Débit de filtration glomérulaire (DFG) (ml/min/1,73m²)
1	Maladie rénale chronique avec DFG normal ou augmenté*	> 90
2	Maladie rénale chronique avec DFG légèrement diminué*	60 – 89
3	Insuffisance rénale modérée	30 – 59
4	Insuffisance rénale sévère	15 – 29
5	Insuffisance rénale terminale	< 15

*Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant depuis plus de 3 mois

Principales étiologies

- Néphropathie diabétique
- Néphropathies vasculaires et hypertensives
- Glomérulopathies chroniques (Maladie de Berger, glomérulonéphrite extramembraneuse, hyalinose segmentaire et focale...)
- Néphropathies héréditaires (Polykystose rénale, ...)
- Uropathies malformatives
- Néphrotoxicité

Prise en charge médicale de la maladie [2,7]

Insuffisance rénale modérée et sévère

Objectifs

- Traiter la maladie causale
- Ralentir la progression de la maladie rénale (pression artérielle < 130/80 mmHg et protéinurie < 0,5 g/j)
- Prévenir le risque cardio-vasculaire
- Prévenir les complications de la maladie rénale chronique

Traitements

Non-médicamenteux	Médicamenteux
• Eviter les médicaments néphrotoxiques • Eviter l'automédication • Encadrement diététique spécialisé • Restriction des apports sodés • Apport protidique limité	Traitement de : • Anémie : agent stimulant l'érythropoïèse : époétine bêta (Néorecormon®) • Anomalies phosphocalciques : carbonate de calcium, chélateur du phosphore : calcium (Cacit®), sévélamer (Renagel®) • Hyperuricémie : allopurinol (Zyloric®) +/- colchicine (Colchimax®) • L'hypertension artérielle (cf. Fiche « Hypertension artérielle »)

Insuffisance rénale terminale

- En plus des mesures thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses (cf. ci-dessus) :

Dialyse	Transplantation rénale
<u>Méthode d'épuration du sang :</u> 1) Soit par hémodialyse • nécessite un abord vasculaire (fistule artério-veineuse ou cathéter vasculaire) • 3 séances par semaine de 4 à 5 heures chacune 2) Soit par dialyse péritonéale • nécessite l'implantation d'un cathéter au niveau du péritoine • Il peut s'agir : - Soit d'une dialyse péritonéale chronique ambulatoire : la cavité péritonéale est en permanence remplie d'un liquide particulier, le dialysat, qui est renouvelé par le patient 3 à 4 fois par 24 heures - Soit d'une dialyse nocturne grâce à une dialyse péritonéale automatisée	• <u>Mise en place d'un traitement immunosuppresseur à vie :</u> Anticalcineurines, Antimétabolites, Inhibiteurs de mTOR, Corticoïdes... (cf. Fiches « Corticothérapie au long cours » et « Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »)

Les patients hémodialisés ont tous une protection contre l'hépatite B (vaccination ou injection d'immunoglobulines).

Répercussions générales à prendre en compte [1,4]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
• Baisse de l'immunité par perturbation de l'immunité cellulaire et humorale (nombreux mécanismes perturbés) • Trouble de l'hémostase primaire par altération des fonctions plaquettaires (thrombopathie). Corrélation entre l'importance de l'insuffisance rénale et celle de la thrombopathie • Hypertension artérielle (cause et/ou conséquence de l'insuffisance rénale) • Anémie • Troubles phosphocalciques (pouvant entraîner une hyperparathyroïdie secondaire) • Ostéodystrophie rénale (hyperparathyroïdie + carence vitamine D + os adynamique)	• Trouble de l'hémostase primaire : thrombopénie possible chez les patients hémodialisés (thrombopénie induite par l'héparine et/ou par la membrane de filtration du dialyseur) • Trouble de la coagulation : chez les patients hémodialisés (due à l'héparinothérapie) • Immunodépression chez les patients transplantés rénaux (due au traitement immunosuppresseur)

Répercussions buccales [5-7]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
• Retard d'éruption des dents permanentes chez l'enfant • Halitose, altération du goût (urémie) • Pâleur des muqueuses buccales, chéilite (anémie) • Augmentation du volume des glandes salivaires • Maladies parodontales, calcifications pulpaire, (troubles phosphocalciques) • Tumeur brune des maxillaires (hyperparathyroïdie secondaire)	• Xérostomie (hémodialyse) • Lésions lichénoïdes (dialyse, transplantation) • Pour les patients transplantés, se référer aux fiches « Corticothérapie au long cours » et « Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes » • Pour les patients traités pour HTA, se référer à la fiche « Hypertension artérielle »

Synthèse des risques potentiels en odontologie [4-7]

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Baisse de l'immunité due à la maladie / immunodépression en cas de traitement immunosuppresseur
Hémorragique	✓		Trouble de l'hémostase lié à la maladie et/ou au traitement
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Adaptation des posologies, médicaments contre-indiqués, interactions médicamenteuses
Autres	✓		Risque de contamination en cas d'AES (hépatite C)

Prise en charge au cabinet dentaire [5-7, 10]

Points clés

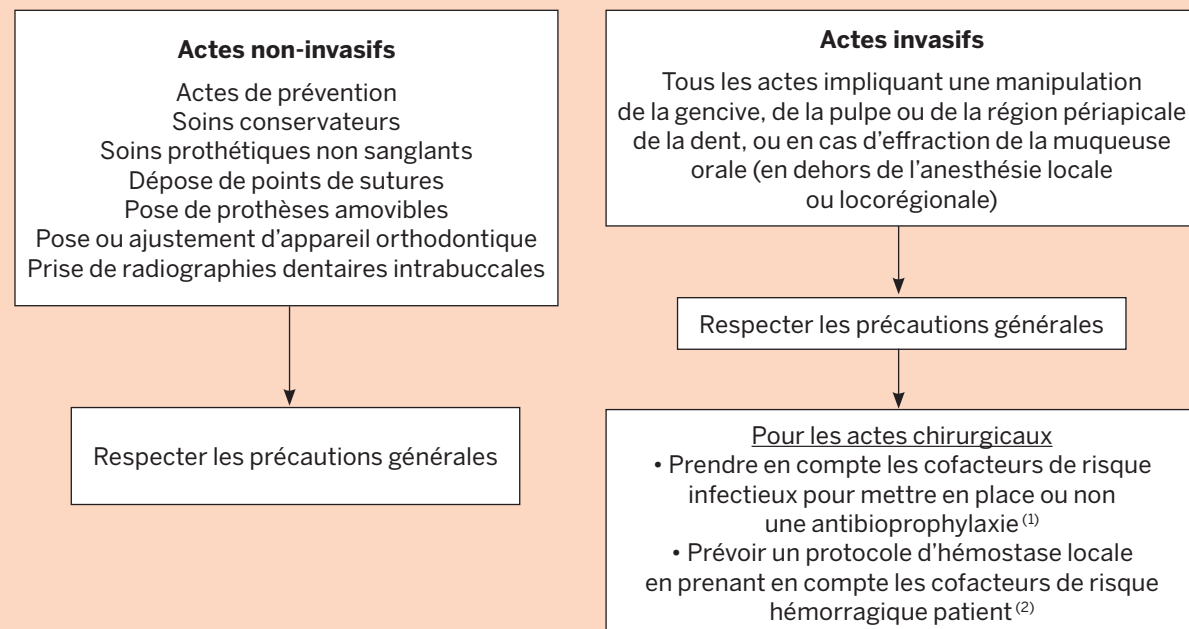
- L'insuffisance rénale chronique (IRC) induit une baisse de l'immunité, ce qui impose de dépister et d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires
- Cependant, la baisse d'immunité induite par l'IRC ne représente pas, à elle seule, un sur-risque d'infection du site opératoire lors d'une intervention chirurgicale bucco-dentaire
- La prise de certains médicaments (**AINS++**) peut entraîner une aggravation de l'insuffisance rénale
- Les amalgames dentaires sont déconseillés chez les patients insuffisants rénaux
- Chez le patient transplanté rénal :
 - Ces patients sont sous traitement immunosuppresseur à vie ce qui majore le risque d'infections bactériennes, virales ou fongiques
 - Une infection bucco-dentaire aiguë nécessite une prise en charge spécialisée rapide
- Chez le patient hémodialysé :
 - Il existe un risque hémorragique les jours de dialyse
 - Il y a une forte prévalence de l'hépatite C (qui a tendance à diminuer)

Précautions générales

- Contacter le médecin traitant :
 - Systématiquement pour les patients en insuffisance rénale terminale (dialysés ou transplantés)
 - En cas de difficulté pour évaluer l'état du patient et/ou les risques associés
- Obtenir les derniers résultats biologiques du patient : hémogramme, débit de filtration glomérulaire
- Précautions vis-à-vis des posologies de certains médicaments, des médicaments contre-indiqués et des interactions médicamenteuses
- Précautions particulières en cas de :
 - Hypertension artérielle associée (se référer à la fiche « Hypertension artérielle »)
 - Thrombopénie (se référer à la fiche « Thrombopénie »)
 - Traitement par immunosuppresseurs (se référer aux fiches « Corticothérapie au long cours » et « Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »)

Situations cliniques

Patients présentant une insuffisance rénale chronique



- (1) tabagisme, éthylogisme, âge ≥ 75 ans, mauvais état buccal (tartre, plaque, mauvaise hygiène...), neutropénie, lymphopénie ...
(2) inflammation gingivale, thrombopénie, affection hépatique, observance, compliance et autonomie du patient...

Particularités du patient hémodialysé

- Connaître les jours d'hémodialyse du patient
- Il existe un risque hémorragique persistant 12h à 24h après l'administration d'héparine en séance d'hémodialyse
- Pour les actes à risque hémorragique : intervenir en dehors des jours de dialyse
- Pour la programmation de gestes invasifs important, comme des extractions multiples par exemple, contacter le centre d'hémodialyse (possibilité de prévoir une séance sans anticoagulant avant l'intervention)

Patient candidat à une transplantation rénale

- Eliminer l'ensemble des foyers infectieux réels et potentiels avant la greffe

Patient transplanté rénal

- Surveillance annuelle avec compte-rendu envoyé au néphrologue traitant
- Ces patients sont traités à vie par immunosuppresseurs (Se référer aux fiches « Corticothérapie au long cours » et « Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes »)

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [4]

- Pas de précautions spécifiques

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [3,8]

L'insuffisance rénale chronique nécessite pour certaines médications (antibiotiques, antalgiques...) une adaptation des doses selon le niveau du Débit de Filtration Glomérulaire.

Médications	Stade 1 et 2 (DFG ≥ 60 ml/min)	Stade 3 (30 ml/min ≤ DFG ≤ 59 ml/min)	Stade 4 et 5 (DFG ≤ 29 ml/min)
Antibiotiques			
Clindamycine	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Azithromycine ⁽¹⁾	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Spiramycine	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Métronidazole	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Amoxicilline ⁽²⁾	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3 g / jour)	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3 g / jour)	Réduire la posologie*
Amoxicilline / Acide clavulanique ⁽²⁾	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3 g / jour)	Pas de contre-indication aux doses usuelles (2 à 3 g / jour)	Réduire la posologie*
Doxycycline	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
(1) Contre-indiqué chez les patients traités par colchicine (2) Risque accru de réactions cutanées avec l'association pénicillines / allopurinol			
Antalgiques			
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
Anti inflammatoires			
Corticoïdes	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
AINS	Déconseillé	Contre-indiqué	Contre-indiqué
(1) Après accord du néphrologue en cas de traitement prolongé (> 5 jours)			
Antifongiques			
Amphotéricine B	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Miconazole	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication	Aucune contre-indication
Fluconazole ⁽¹⁾	Aucune contre-indication	Réduire la posologie*	Réduire la posologie*
(1) Déconseillé chez les patients traités par colchicine			
Antiviraux			
Aciclovir	Aucune contre-indication	Réduire la posologie*	Réduire la posologie*

Adaptation de la posologie de l'Amoxicilline			
Débit de filtration glomérulaire (DFG)	≥ 30 ml/min	30 à 10 ml/min	≤ 10 ml/min
Posologie de l'amoxicilline (pour un traitement de 2g/j)	1g le matin / 1g le soir	500mg/12h	500mg/24h

*Réduction des posologies en accord avec le médecin spécialiste

Références

1. ANAES. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations. Sept 2002.
2. ANAES. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Sept 2004.
3. ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses. Juin 2014
4. HAS. Néphropathies chroniques graves. Février 2012.
5. Kameron R, Domenick PC. Management of the dental patient with renal disease. Dent Clin N Am. 2006; 50 : 529-545
6. Klassen J, Krasko B. The dental health statut of dialysis patients. Can Dent Assoc. 2002; 68(1):34-8.
7. Proctor R. Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. Dent Res. 2005;84(3):199-208.
8. Vidal 2013. 89^e édition.
9. ANSM. Le mercure des amalgames dentaires. Recommandations. Décembre 2014.

ÉPILEPSIE

Généralités [1]

Définition
Les épilepsies sont des maladies cérébrales chroniques caractérisées par la survenue d’au moins une crise épileptique et par une prédisposition cérébrale à générer des crises. Elles ont également des conséquences neurobiologiques, psychiatriques, cognitives et sociales.
Elles peuvent avoir une origine génétique présumée (idiopathique) ou être secondaire à une anomalie structurelle (séquelle d’un accident vasculaire cérébral ou d’un traumatisme crânien, malformation cérébrale...) ou métabolique.
Au-delà de la crise généralisée tonico-clonique qui est la forme clinique la plus connue, les crises peuvent comporter une grande variété de signes cliniques qui ont en commun d’être imprévisibles, paroxystiques et transitoires. Ces signes peuvent être moteur (clonies, automatismes), sensoriels (auditifs, somesthésiques, visuels), psychiques (état de rêve, peur...), neurovégétatifs (tachycardie, rubéfaction...) et cognitifs (troubles du langage, de la mémoire...). Ces signes résultent d’une activité paroxystique des neurones, soit dans une région localisée du cortex cérébral (crises focales) soit dans de vastes réseaux bilatéraux corticaux et sous-corticaux (crises généralisées).

Prise en charge médicale de la maladie [2-4]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
Educative • Eviction des facteurs déclenchants (privation de sommeil, alcool, plus rarement photosensibilité) • Observance du traitement et des règles d’hygiène (éviter les situations à risque, sommeil régulier) Chirurgicale (en cas de pharmaco-résistance) • Curative: dans les épilepsies focales structurelles avec une lésion épileptogène délimitée • Palliative: stimulation du nerf vague lorsque la chirurgie curative n’est pas possible (générateur implanté en sous-cutané au niveau thoracique)	Ancienne génération <i>Fréquemment prescrits :</i> • Valporate de sodium : Dépakine® • Carbamazépine : Tégrétol® • Benzodiazépines : clobazam (Urbanyl®), diazépam (Valium®), clonazépam (Rivotril®) • Ethosuximide : Zaronin® <i>Prescrits plus rarement :</i> • Hydantoïnes : phénytoïne (Di-Hydan®, Dilantin®), fosphénytoïne (ProDilantin®) • Barbituriques : phénobarbital (Gardénal® ou Alepsal®) Nouvelle génération <i>Fréquemment prescrits :</i> • Lamotrigine (Lamictal®), lévétiracétam (Keppra®), oxcarbazépine (Trileptal®), topiramate (Epilex®), prégabaline (Lyrica®), gabapentine (Neurontin®), eslicarbazépine (Zebinix®), zonisamide (Zonegran®), lacosamide (Vimpat®), perampanel (Fycompa®) <i>Prescrits plus rarement :</i> • Felbamate (Taloxa®), retigabine (Trobalt®), vigabatrin (Sabril®), rufinamide (Inovelon®)

Répercussions générales à prendre en compte

- Pas de répercussions générales spécifiques à prendre en compte pour le chirurgien-dentiste

Répercussions buccales [4]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
Risque de morsures linguales, labiales et jugales, de fractures dentaires ou de blessures péri-buccales lors des épisodes de crise.	• Hyperplasies gingivales (20% des patients sous hydantoïnes) • Lithiases salivaires (Epilex®) • Xérostomie (barbituriques, benzodiazépine, carbamazépine)



Hyperplasie gingivale chez un patient traité par hydantoïnes

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Interactions médicamenteuses et médicaments à éviter
Autres	✓		Risque de crise convulsive

Prise en charge au cabinet dentaire [1,2,4,5]

Points clés

- L'épilepsie est considérée comme stable si, sous traitement, le patient ne fait aucune crise
- La majorité des patients épileptiques est stable sous traitement
- Environ 25% des patients épileptiques sont pharmaco-résistants, c'est-à-dire qu'ils font des crises malgré leurs traitements (épilepsie non stable)
- Le stress peut déclencher une crise convulsive chez le patient épileptique notamment si l'épilepsie n'est pas stabilisée
- Facteurs favorisant la survenue d'une crise convulsive chez l'épileptique :
 - Non-observance du traitement antiépileptique
 - Manque de sommeil
 - Prise d'alcool
 - Stimulation lumineuse / photosensibilité (plus rare)
- Un goût métallique dans la bouche peut être un prodrome annonciateur d'une crise
- Si le patient convulse pendant plus de 5 minutes ou s'il présente une succession de crises convulsives, il faut suspecter un état de mal épileptique et prévenir le SAMU-Centre 15

Précautions générales

- Contacter le neurologue traitant en cas d'épilepsie non stable
- Limiter le stress du patient
- Prémédication sédatrice et/ou MEOPA (si le patient est stressé)
- Éviter les soins en présence de facteurs favorisant la survenue d'une crise convulsive (cf. points clés)
- Pour les soins invasifs et longs, prévoir des séances aux heures où l'antiépileptique est le plus efficace (rechercher le pic plasmatique du médicament antiépileptique)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses

Situations cliniques

Epilepsie traitée et stable

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Epilepsie traitée mais non stable

- Prendre l'avis du neurologue traitant avant de débiter les soins
- En fonction de l'état du patient et des soins à réaliser, il est possible de prévoir un protocole particulier en coordination avec le neurologue traitant (comme par exemple de renforcer de façon transitoire le traitement antiépileptique).

Epilepsie non traitée

- Prise en charge hospitalière pour les soins urgents ne pouvant pas attendre la stabilisation de la maladie

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- Il n'y a pas de précautions spécifiques à prendre chez le patient épileptique traité et stable

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [7]

Antibiotiques

- Les macrolides sont déconseillés chez les patients traités par carbamazépine
- La doxycycline est à utiliser avec précautions chez les patients traités par barbituriques, carbamazépine ou hydantoïnes
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- Le tramadol est déconseillé chez les patients épileptiques (analgésique pro-convulsivant)
- Les AINS sont à utiliser avec précautions chez les patients traités par oxcarbazépine
- Les corticoïdes sont à utiliser avec précaution chez les patients traités barbituriques, hydantoïnes ou carbamazépine
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antifongiques

- Le fluconazole et le miconazole sont à utiliser avec précaution chez les patients traités par hydantoïnes (surveillance clinique étroite)
- Le fluconazole nécessite des précautions d'emploi chez les patients traités par carbamazépines (la posologie de la carbamazépine doit être adaptée pendant et après l'arrêt du traitement antifongique)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Autres

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

Actes contre-indiqués au cabinet dentaire

- L'épilepsie en elle-même ne contre-indique aucun acte bucco-dentaire, mais il faut tenir compte des précautions générales et des situations cliniques pour adapter la prise en charge

Références

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
2. French JA. First-choice drug for newly diagnosed epilepsy. *Lancet*. 2007 Mar 24;369(9566):970-1
3. French JA. Refractory epilepsy: clinical overview. *Epilepsia*. 2007;48 Suppl 1:3-7. Review
4. HAS. Epilepsies graves. Guide - Affection longue durée. Juillet 2007.
5. Handident. Protocoles de soins bucco-dentaires chez les patients présentant un handicap. Guides de bonnes pratiques. Mars 2006.
6. Vidal 2013. 89ème édition.
7. ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses. Janvier 2014

MALADIE D'ALZHEIMER

Généralités [1-6]

Définition

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative progressive et irréversible faisant partie des démences. Son diagnostic probable repose sur plusieurs critères :

- 1) Troubles de la mémoire
- 2) Trouble d'au moins une des fonctions cognitives suivantes : langage, praxie, gnosie, fonctions exécutives
- 3) Retentissement significatif de ces troubles sur les activités sociales, familiales, professionnelles
- 4) Début progressif et déclin cognitif continu et persistant
- 5) Absence de trouble de conscience

C'est la maladie neurodégénérative la plus fréquente dans le monde avec 25 millions de personnes touchées. En France, elle concerne 860 000 personnes avec une incidence de 225 000 nouveaux cas par an

Symptômes

Troubles cognitifs	Troubles psycho-comportementaux
• Troubles de la mémoire • Troubles du langage • Troubles praxiques (trouble de la réalisation gestuelle) • Troubles gnosiques (trouble de la reconnaissance) • Perturbation des fonctions exécutives	• Troubles du comportement (agitation, syndrome délirant, agressivité...) • Syndrome anxio-dépressif • Troubles du comportement alimentaire • Troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral (jour/nuit)

Tous ces symptômes ne sont pas systématiquement présents. Dans la majorité des cas, c'est la présence des troubles cognitifs qui entraîne les troubles psycho-comportementaux.

Classification

Le score obtenu au MMSE (Mini Mental State Examination) permet de donner le niveau de sévérité de la maladie :

Stade 1 : léger (MMSE > 20)	Stade 2 : modéré (MMSE entre 10 et 20)	Stade 3 : sévère (MMSE < 10)
• Atteinte légère de la mémoire, du langage et de la compréhension • Coopération active possible	• Perturbation de la personnalité et du comportement • Difficulté à comprendre les instructions • Coopération irrégulière	• Compréhension réduite, réduction de l'expression verbale • Difficulté à effectuer les mouvements bucco-faciaux • Oubli de consignes moindres • Peu de coopération, opposition

Prise en charge médicale de la maladie [4,5]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
<u>Objectif</u> : préserver les capacités du patient • Prise en charge psychologique • Orthophonie • Kinésithérapie, psychomotricité • Ergothérapie • Prise en charge environnementale (adaptation du domicile)	<u>Objectif</u> : diminuer les symptômes • Inhibiteur de la cholinestérase : donepezil (Aricept®), galantamine (Reminyl®), rivastigmine (Exelon®) • Antagoniste des récepteurs NMDA (N-Methyl-d-aspartate) : mémentine (Ebixa®) • Antidépresseurs principalement ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine) • Anxiolytiques • Anticonvulsivants • Neuroleptiques : (rispéridone par exemple) : si présence de signes psychotiques

Répercussions buccales [2,6]

Dues à la maladie	Dues aux traitements
• Diminution, voire absence d'hygiène • Hyposialie • Polycaries dues aux troubles alimentaires, à la mauvaise hygiène et à l'hyposialie • Troubles de la déglutition (par apraxie bucco-faciale, perte du réflexe de déglutition...) • Dans les stades sévères de la maladie : - Troubles de la mastication - Risque d'apparition de bruxisme sévère entraînant des douleurs et des mobilités - Difficultés à manipuler les prothèses amovibles (troubles praxiques)	• Hyposialie (antidépresseurs, anxiolytiques) et ses conséquences : - Caries - Dysesthésies, altération du goût - Maladies parodontales - Mycoses • Ulcérations buccales

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique		✓	
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Risque d'interactions médicamenteuses
Autres	✓		Problèmes d'observance

Prise en charge au cabinet dentaire [1,3,4,6,7]

Points clés

- La prise en charge dépend du stade de la maladie
- Dans la majorité des cas, cette maladie touche les patients âgés
- Importance de la prévention et de l'entourage du patient :
 - Enseignement à l'hygiène orale du patient coopérant ou, de la famille et des soignants, pour réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique
 - La famille doit être informée de la nature de la prise en charge bucco-dentaire du patient
- Rôle important du chirurgien-dentiste dans la préservation d'un bon état nutritionnel (enjeu majeur chez ces patients)
- Le recours à une prémédication sédatrice (par Hydroxyzine par exemple) peut être utile pour la réalisation de soins, mais les effets de cette prémédication sont très variables chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer

Précautions générales

- Contacter le médecin traitant pour connaître le stade de la maladie. En effet, cette évaluation est difficile à faire pour le chirurgien-dentiste, et l'entourage n'est pas toujours en capacité de donner des informations précises
- Impliquer l'entourage : famille, personne de confiance, auxiliaires de vie...
- Demander la présence d'un accompagnant lors des séances de soins
- Si le patient est sous protection juridique : Accord nécessaire du tuteur ou curateur pour réaliser des soins
- Précautions vis-à-vis des troubles de la déglutition et donc aux risques de fausses routes durant les soins
- Prendre en compte les éventuelles pathologies associées
- Précautions particulières pour les patients âgés (se référer à la fiche « Patient âgé »)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses

Situations cliniques

Patient au stade léger de la maladie d'Alzheimer

Objectifs

- Anticiper la perte d'autonomie
- Maintenir l'hygiène personnelle

- 1/ Hygiène :** motiver le patient et son entourage à l'hygiène bucco-dentaire

2/ Prévention :

 - Bilan bucco-dentaire tous les 6 mois
 - Anticiper les pathologies bucco-dentaires

3/ Soins : Réaliser les réhabilitations prothétiques le plus tôt possible

Patient au stade modéré ou sévère de la maladie d'Alzheimer

Objectifs

- Répondre à la symptomatologie, souvent différente par rapport à un patient sain
- Instaurer l'hygiène assistée
- Privilégier le confort et la qualité de vie du patient, en prenant en compte le rapport bénéfices/risques pour les choix thérapeutiques
- Anticiper la perte totale d'autonomie

- 1/ Hygiène :**

 - Prise en charge par l'entourage de l'hygiène bucco-dentaire et du nettoyage des prothèses amovibles
 - Fluoration

2/ Prévention :

 - Bilan bucco-dentaire tous les 3 à 6 mois
 - Anticiper les pathologies bucco-dentaires

3/ Soins :

 - Rebaser les prothèses plutôt que les refaire
 - Sédation

4/ Urgence :

 - Soulager la douleur et traiter les infections
 - Réparer les prothèses si elles sont utilisées

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- La maladie d'Alzheimer et/ou ses traitements n'imposent pas de précaution spécifiques vis-à-vis de l'anesthésie

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [8]

Antibiotiques

- Pas de précautions particulières (mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient)

Antalgiques et anti-inflammatoires

- Pas de précautions particulières (mais prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient)

Antifongiques

- Les antifongiques azolés sont à utiliser avec précaution chez les patients traités par donepezil
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Références

1. Abin-Jaunet C. et coll. Alzheimer's disease in geriatric dentistry. Rev Odont Stomat.2004;33:243-272.
2. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer' disease and other dementias.American Journal of Alzheimer' disease and other dementias. 2000;17:249-253.
3.Friedlander AH. et coll. Alzheimer's disease. Psychopathology, medical management and dental implications. JADA 2006;137(9):1240-51.
4.Gitto CA. et coll. The patient with Alzheimer's disease. Quintessebce Int. 2001;32:221-231.
5.HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Décembre 2011.
6.Henry R.G, Smith B. Managing older patients who have neurologic disease: alzheimer disease and cerebrovascular accident. Dent Clin N Am. 2009;53: 269–294.
7. Kocaelli H. et coll. Alhzeimer's disease and dental management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002;93:521-4.
8. Vidal 2013. 89° édition.

VIH ET SIDA

Généralités [6]

Définitions

Le VIH

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) constitue la plus grande pandémie humaine contemporaine d'une infection presque toujours mortelle en l'absence de traitement. Depuis 30 ans, l'épidémie n'a cessé d'augmenter. En 2014, en France, on estimait à 150 000 le nombre de personnes vivant avec l'infection par le VIH, et à environ 6 600 le nombre de nouveaux cas par an. Le VIH se transmet par voie sexuelles, sanguine et par transmission materno-fœtale.

Le SIDA

Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA) est le stade le plus avancé du VIH. Le SIDA regroupe un ensemble de manifestations opportunistes infectieuses ou tumorales, conséquences de l'immunodépression cellulaire, chez des patients infectés, ayant habituellement un taux de lymphocytes T CD4 < 200 /mm³.

Prise en charge médicale de la maladie [3,6,10]

Non-médicamenteuse	Médicamenteuse
• Prévention des complications et des comorbidités associées au VIH (cardiovasculaire, osseuse, rénale...) • Modification du mode de vie : - Arrêt des conduites addictives (tabac, cannabis, alcool, autres drogues...) - Exercice physique régulier - Réduction pondérale - Prévention des risques de transmission par voie sanguine • Promotion de la santé sexuelle et de la prévention	Depuis 2014, tout patient infecté par le VIH doit recevoir un traitement antirétroviral et ce quel que soit le taux de lymphocytes CD4. <u>Objectifs thérapeutiques :</u> • Charge virale indétectable (< 50 copies/ml) • Taux de lymphocytes CD4 > 500/mm³ Le traitement antirétroviral associe en général 2 analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse (Kivexa®, Truvada®...) et un 3^e agent : • Inhibiteurs de protéase : Reyataz®, Prezista®... • Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse : Sustiva®, Viramune®, Edurant®, Intelence®... • Inhibiteurs d'intégrase : Tivicay®, Isentress®, Stribild®, Triumeq® • Associations : Atripla®, Eviplera®, Stribild®, Triumeq® • Autres : Fuzeon®, Celsentri®

Répercussions générales à prendre en compte [6]

- Thrombopénie
- Anémie
- Leucopénie

Nombre de LT CD4/mm³	Manifestations possibles
De 500 à 200	Candidose buccale, tuberculose, maladie de Kaposi, lymphome
< 200	Pneumocystose, candidose œsophagienne, toxoplasmose cérébrale
< 100	Cryptosporidiose/Microsporidiose, Cryptococcose, Mycobactéries atypiques, infection à CMV, toutes les infections sus-citées

Répercussions buccales [1,2-4]

Dues à la maladie

Lésions buccales fréquemment associées au VIH	Lésions buccales souvent associées au VIH	Lésions buccales pouvant être associées au VIH
7 lésions principales • Candidose • Leucoplasie orale chevelue • Maladie de Kaposi • Lymphome non hodgkinien • Erythème gingival linéaire • Gingivite ulcéronécrotique • Parodontite ulcéronécrotique	• Infections virales (herpès, varicelle, zona, <i>Papillomavirus</i>) • Aphtes • Stomatite ulcéronécrotique • Atteinte salivaire (hyposalie, hypertrophie des glandes salivaires principales) • Lésions hémorragiques dues à la thrombopénie (purpura, pétéchies...)	• Infections bactériennes (Syphilis...) • Infections fongiques autres que la candidose • Infections virales (cytomégalo virus...) • Troubles neurologiques (paralysie faciale, névralgie trigéminal...)



Gingivite ulcéro-nécrotique

Dues aux traitements

- Xérostomie (inhibiteurs de protéases et Didanosine)
- Altération du goût (inhibiteurs de protéases)
- Ulcérations buccales
- Pigmentations brunes

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Corrélié à la charge virale (PCR ARN VIH), au taux de lymphocytes CD4 et au taux de neutrophiles
Hémorragique	✓		En cas de thrombopénie
Anesthésique		✓	
Médicamenteux	✓		Risque d'interaction médicamenteuse
Autre	✓		Risque de contamination en cas d'accident d'exposition au risque viral (VIH, virus des hépatites virales B et/ou C)

Prise en charge au cabinet dentaire [4,5,7]

Points clés

- Les manifestations buccales sont les indicateurs les plus précoces de l'infection à VIH
- Il est nécessaire de faire des bilans bucco-dentaires semestriels chez les patients infectés par le VIH
- Chez un patient VIH traité, l'apparition de nouvelles lésions buccales peut être le signe d'une aggravation de la maladie ou d'une rupture de traitement
- La séroposivité au VIH ne justifie pas à elle seule une antibioprophylaxie systématique pour les soins dentaires
- Il y a un risque de transmission virale patient-soignant en cas d'accident d'exposition au sang
- Parmi les patients infectés par le VIH, 5% sont co-infectés par le VHC et 5% par le VHB

Précautions générales

- Contacter le médecin spécialiste référent : quel est le stade de la maladie ? Présence d'une coinfection par un virus de l'hépatite B ou C ?
- Obtenir le dernier taux de LTCD4, la charge virale, la NFS et la numération plaquettaire
- Importance de l'hygiène bucco-dentaire
- Précautions particulières en cas de thrombopénie (se référer à la fiche « Thrombopénie »)
- Précautions habituelles durant les soins pour éviter un accident d'exposition au sang (gants, masque et lunettes)
- Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses

Situations cliniques

Taux de LT CD4 > 200/mm³,
sans agranulocytose (PNN > 500/mm³) ni thrombopénie inférieure à 100 000/mm³,
sans autres maladies associées

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Taux de LT CD4 > 200/mm³
avec une agranulocytose (PNN <500/mm³)
et/ou une thrombopénie inférieure à 100 000/mm³ associée

Actes non invasifs

Actes de prévention
Soins conservateurs
Soins prothétiques non sanglants
Dépose de points de sutures
Pose de prothèses amovibles
Pose ou ajustement d'appareil orthodontique
Prise de radiographies dentaires intrabuccales

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Actes invasifs

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

Le protocole de prise en charge doit être décidé en collaboration avec le médecin spécialiste en fonction de l'état du patient, de ses traitements en cours et des actes bucco-dentaires à réaliser (antibioprophylaxie à discuter) *

* Prendre en compte les cofacteurs de risque infectieux : tabagisme, alcoolisme, âge ≥ 75 ans, mauvais état buccal (tartre, plaque, mauvaise hygiène...) ...

Taux de LT CD4 < 200/mm³ ou stade SIDA

- Ces patients sont très exposés aux infections opportunistes et bénéficient d'un traitement antibiotique prophylactique (Bactrim®) pour éviter la survenue de certaines d'entre elles
- La plupart de ces patients peuvent être traités au cabinet dentaire. Le choix du type de prise en charge (cabinet dentaire ou secteur hospitalier) doit être discuté avec le médecin spécialiste traitant en fonction de l'état de santé général du patient (derniers résultats biologiques, infections opportunistes déclarées, traitements en cours...)
- Si le patient est traité au cabinet dentaire, le protocole de prise en charge sera choisi, en collaboration avec le médecin spécialiste traitant, en fonction des soins à réaliser (antibioprophylaxie à discuter)

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- Pas de précautions particulières

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [8,11]

Antibiotiques

- Macrolides sauf spiramycine à utiliser avec précautions chez les patients traités par Viramune®
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antalgiques et anti-inflammatoires

- Opioïdes à utiliser avec précautions chez les patients traités par Viramune®
- Codéine à utiliser avec précautions chez les patients traités par Retrovir®
- AINS à utiliser avec précautions chez les patients traités par Retrovir®
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Antifongiques

- Fluconazole à utiliser avec précautions chez les patients traités par Viramune® ou Celsentri®
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient

Références

1. Coogan MM, Greenspan J and Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. Bulletin of the World Health Organization. September 2005;83(9).
2. Frezzini C, Leao JC and Porter S. Current trends of HIV disease of the mouth. Review article. J Oral Pathol Med. 2005;34:513-31.
3. HAS. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Affection de longue durée. Guide-Affection de longue durée. . Décembre 2007.
4. Mosca NG and Hathorn AR. HIV-Positive patients: dental management considerations. Dent Clin N Am. 2006; 50:635-57.
5. Patton LL. HIV/AIDS and related conditions. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. First. ed.. Wiley; 2012.
6. Pilly E. Maladies infectieuses et tropicales. Ouvrage du collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. 22ème éd.. CMIT Vivactis ; 2011.
7. Shirlaw PJ, Chikte U, MacPhail L, Schmidt-Westhausen A, Croser D and Reichart P. Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. Oral Diseases. 2002;8 Suppl 2:136-43.
8. Vidal 2013. 89ème édition
9. www.invs.sante.fr
10. www.cns.sante.fr/IMG/pdf/experts-vih_prep2015.pdf
11. www.hiv-druginteractions.org/

RISQUES DUS À UN ÉTAT PHYSIOLOGIQUE PARTICULIER

Grossesse et allaitement..... 54

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Généralités

Classification

La grossesse est classiquement divisée en trois périodes :

- **Premier trimestre** : période la plus critique en terme de sensibilité du fœtus. Elle correspond à l'embryogénèse et à l'organogénèse
- **Deuxième trimestre** : maturation des organes
- **Troisième trimestre** : fin de la maturation des organes.

Le syndrome cave

Dès la 24^e semaine d'aménorrhée (environ 6 mois de grossesse), en décubitus dorsal, une compression de la veine cave inférieure par l'utérus peut réduire le retour veineux et de ce fait entraîner une hypotension maternelle. On appelle ce phénomène le « syndrome cave ».

Répercussions générales à prendre en compte

- Carences en fer et/ou en folates pouvant provoquer une anémie
- Thrombopénie possible en fin de grossesse
- Reflux gastro-œsophagien
- Nausées et vomissements (concerne environ 65% des femmes enceintes)
- Diabète gestationnel
- Hypertension gravidique

Répercussions buccales [8,9]

- Majoration de la flore buccale anaérobie
- Lésions gingivales inflammatoires (gingivite gravidique, épulis ...), fréquentes, douloureuses qui freinent les gestes d'hygiène bucco-dentaire
- Augmentation des risques carieux et parodontal (modifications alimentaires et diminution de l'hygiène)
- Hypersensibilité dentaire, conséquence non systématique des éléments ci-dessus : acidité endogène (vomissements, reflux gastro-œsophagien), accumulation de plaque dentaire...
- Hypersialorrhée



Epulis mandibulaire chez une femme enceinte

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	✓		Possible en cas de diabète gestationnel non contrôlé
Hémorragique		✓	
Anesthésique	✓		Molécule anesthésique à privilégier
Médicamenteux	✓		Médicaments contre-indiqués
Autres	✓		Risque de « syndrome cave »

Prise en charge au cabinet dentaire [1,7-10,12]

Points clés

- Les modifications hormonales de la femme enceinte (augmentation de la progestérone et des œstrogènes) sont les principales causes des lésions buccales liées à la grossesse
- Les parodontites non traitées durant la grossesse pourraient avoir des répercussions importantes notamment des risques de prématurité
- Les effets tératogènes potentiels et avérés de certains médicaments représentent le risque principal lors de la prise en charge odontologique des femmes enceintes
- L'articaïne traverse la barrière placentaire mais dans des proportions moindre que les autres anesthésiques locaux
- Toute douleur ou infection doit être traitée rapidement quel que soit le stade de la grossesse
- La dépose d'amalgame est déconseillée durant la grossesse
- Le « syndrome cave » se traduit cliniquement par des vertiges lorsque la patiente est en position allongée
- En cas de survenue d'un « syndrome cave », placer la patiente sur le côté gauche

Précautions générales

- Limiter le stress de la patiente enceinte
- Prévoir des séances de soins courtes
- Privilégier un anesthésique local traversant peu la barrière placentaire (articaïne)
- Pour les prescriptions, précautions vis-à-vis des nombreuses contre-indications
- Utiliser un tablier de plomb pour les radiographies (aspect médico-légal)
- Précautions particulières en cas de :
 - Diabète gestationnel (se référer à la fiche « Diabète »)
 - Thrombopénie (se référer à la fiche « Thrombopénie »)
 - Hypertension gravidique (se référer à la fiche « Hypertension artérielle »)

Situations cliniques

Premier trimestre

- Informer la patiente pour prévenir les risques buccaux liés à la grossesse, notamment les lésions gingivales : mettre en place une hygiène bucco-dentaire stricte
- Réaliser un bilan bucco-dentaire et les soins d'hygiène (EHO et détartrage)
- Tous les soins visant à traiter une douleur ou une infection doivent être réalisés sans attendre
- Le principe de précaution suggère de différer les soins non urgents ou non prioritaires durant cette période d'embryogénèse et d'organogénèse

Deuxième trimestre

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales
- Un examen de dépistage bucco-dentaire systématique et gratuit est prévu par la sécurité sociale au cours du 4^e mois de grossesse. Ces patientes doivent normalement recevoir un courrier à leur domicile les invitant à se rendre en consultation chez leur chirurgien-dentiste traitant

Troisième trimestre

- Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales
- Privilégier la position semi-assise pour éviter la survenue d'un « syndrome cave »
- Pour la réalisation des soins, tenir compte, notamment à la fin de ce trimestre, de :
 - La fatigue de la patiente
 - De la survenue possible d'un « syndrome cave »
 - De la proximité du terme

Allaitement

- Tous les soins sont possibles
- Précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses
- **En cas de prescription :** demander à la patiente de surveiller la survenue de vomissements, de diarrhées ou de signes cutanés (urticaire, érythème...) chez l'enfant allaité. Si de tels signes surviennent, faire arrêter immédiatement le traitement et prendre contact avec le pédiatre ou le médecin traitant de l'enfant

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie [11]

Grossesse

- Molécule de choix : articaïne
- MEOPA possible aux 2^e et 3^e trimestres

Allaitement

- Molécule de choix : articaïne

Grossesse et radiologie dentaire [7]

La dose délivrée au fœtus lors de la réalisation d'une radiographie dentaire (en dehors d'un scanner) est d'environ 0,3 à 1 micro-sievert (μ Sv).

L'exposition naturelle quotidienne reçue par le fœtus est d'environ 7 μ Sv. Le risque encouru par un fœtus exposé lors d'un examen de radiologie dentaire (en dehors d'un scanner) est donc extrêmement faible.

Tous les examens radiologiques peuvent être réalisés au cours de la grossesse à partir du moment où ils apportent un bénéfice thérapeutique à la patiente.

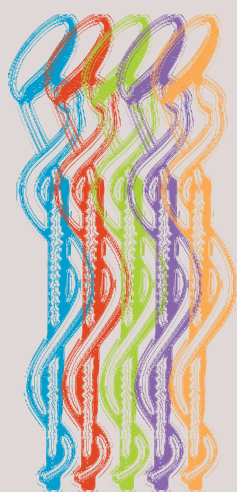
Pour des raisons médico-légales, un tablier de protection en plomb doit être utilisé chez la femme enceinte pour tous les examens radiologiques.

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [2-6,8,10]

		Grossesse	Allaitement
Antibiotiques	Autorisés	Amoxicilline Amoxicilline + Ac. clavulanique Clindamycine Josamycine Erythromycine Spiramycine Métronidazole	Amoxicilline Amoxicilline + Ac. clavulanique Josamycine
	Déconseillés	Azithromycine	Cyclines Spiramycine Métronidazole Azithromycine
	Contre-indiqués	Cyclines	Clindamycine
Antalgiques et anti-inflammatoires	Autorisés	Paracétamol Paracétamol/codéine (ponctuellement) Corticoïde en cure courte	Paracétamol Ibuprofène Corticoïde en cure courte
	Déconseillés	AINS aux 1 ^{er} et 2 ^e trimestres Tramadol	Paracétamol/codéine (sauf ponctuellement et sous surveillance) Tramadol
	Contre-indiqués	Paracétamol + opium AINS à partir du début du 6^e mois de grossesse	Paracétamol + opium
Antifongiques	Autorisés	Amphotéricine B topique Nystatine topique Miconazole topique	Nystatine sous surveillance
	Déconseillés	Amphotéricine B per os	
	Contre-indiqués	Nystatine per os Fluconazole	Fluconazole
Autres	Autorisés	Aciclovir	Aciclovir topique
	Déconseillés	Iode en intrabuccal Hydroxyzine (en accord avec le gynécologue traitant)	Hydroxyzine
	Contre-indiqués		Aciclovir per os

Références

1. Afssaps. Avis relatif à l'amalgame dentaire du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. 2005.
2. Afssaps. Anti-inflammatoires non stéroïdiens et grossesse. Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du début du 6^e mois de la grossesse. 2004.
3. Afssaps. Livrets médicaments et grossesse (Psychiatrie et Infectiologie), 2005.
4. Centre de référence sur les agents tératogènes. www.lecrat.org
5. Centre National de ressources de lutte contre la douleur. (Site consulté le 01/11/2012). www.cnrd.fr
6. Haas DA, Pynn BR, Sands TD. Drug use for the pregnant or lactating patient. Gen Dent. 2000 Jan-Feb;48(1):54-60.
7. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. (Site consulté le 01/11/2012). www.irsn.fr
8. Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in the management of the pregnant patient. Spec Care Dentist. 1998 Sep-Oct;18(5):183-8.
9. Niessen LC. Women's health. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. John Wiley and Sons, Inc, Publication. 2012
10. The California Dental Association Foundation. Oral health during pregnancy and early childhood. 2010.
11. Vidal 2013. 89^eème édition.
12. Wasylko L, Matsui D. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. J Can Dent Assoc. 1998 Jun;64(6):434-9.



Afin de prendre en charge efficacement et en toute sécurité ses patients, le chirurgien-dentiste doit connaître leur état de santé. En effet, une maladie ou un traitement peut avoir des répercussions buccales directes ou indirectes qu'il faut connaître et anticiper (hyperplasie gingivale, hyposialie, mycose, altération du goût, risque d'hémorragie...). A l'inverse, un acte bucco-dentaire réalisé sans précautions peut avoir des conséquences parfois gravissimes dans certains contextes médicaux (chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse par exemple).

L'allongement de la durée de la vie et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques tendent à modifier le profil des patients consultant au cabinet dentaire. Dans son activité quotidienne le chirurgien-dentiste est de plus en plus souvent confronté à des patients présentant un contexte pathologique: antécédent médico-chirurgical, maladie ou traitement en cours, allergies médicamenteuses, facteurs de risque etc.

Ce document est un guide clinique qui a pour but de présenter de façon claire et synthétique les principaux contextes médicaux à risque pour la prise en charge odontologique. Il n'est pas exhaustif, il ne traite pas de toutes les situations que le chirurgien-dentiste peut rencontrer dans son cabinet. Les auteurs se sont attachés à regrouper les contextes médicaux les plus fréquents et ceux pour lesquels les complications peuvent être les plus sévères.

L'un des principaux objectifs de ce document est de fournir au chirurgien-dentiste les éléments qui déterminent si le patient peut être traité au cabinet dentaire ou s'il relève d'une prise en charge spécialisée. Lorsque le contexte médical permet une prise en charge au cabinet dentaire, le praticien trouvera ici les précautions à prendre pour soigner son patient en toute sécurité : les actes contre-indiqués, les précautions vis-à-vis de l'anesthésie, des prescriptions médicamenteuses etc.

Les protocoles présentés sont pour la plupart issus de recommandations de sociétés savantes françaises ou internationales, de consensus professionnels ou de revue de la littérature dentaire et médicale. Dans les cas où aucune recommandation n'existe, les procédures regroupées dans ce document sont issues de la synthèse des expériences cliniques des membres du groupe de travail et du groupe de lecture.