



Prescription d'antibiotiques en pratique bucco-dentaire « d'urgence »

Dr Isabelle Hyon

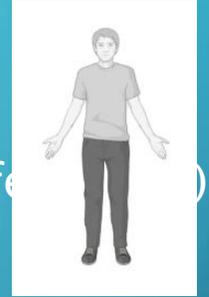
PH Chirurgien-dentiste responsable de l'UF de soins spécifiques en odontologie

Service d'odontologie pédiatrique et conservatrice CHU de Nantes

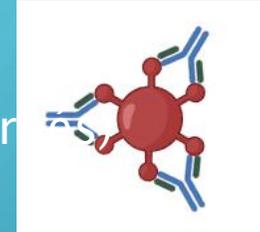
isabelle.hyon@chu-nantes.fr

1- Typologie de patients

– **Patient sain** (absence d'immunodépression et/ou de risque d'endocardite infectieuse)

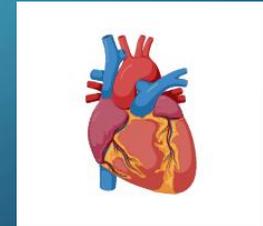


– **Patient immunodéprimé** (évaluation avec les médecins concernés)



– **Patient à haut risque d'endocardite infectieuse :**

- porteur d'une prothèse valvulaire
- ayant un antécédent d'endocardite infectieuse
- porteur d'une cardiopathie congénitale cyanogène non opéré ou opéré mais avec shunt résiduel
- porteur d'une pompe ventriculaire



Le patient connaît-il son statut ? Importance de la coopération médecin-chirurgien-dentiste

2- Typologie d'antibiothérapie par voie locale

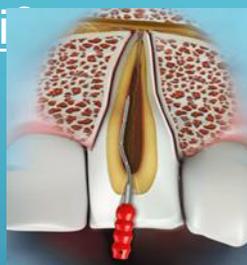
- **Antibiothérapie prophylactique** (antibioprophylaxie) : administration d'un antibiotique dans l'objectif de prévenir le développement d'une infection locale , générale ou à distance (dose unique dans l'heure qui précède l'acte invasif)

- **Antibiothérapie curative** : administration d'antibiotique par voie systémique dans l'objectif de traiter une infection

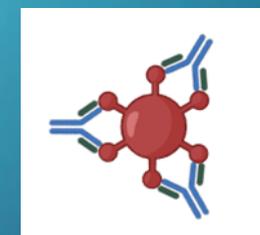
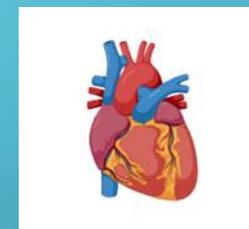
3- l' antibioprophylaxie

Evaluation du risque lié au geste + Typologie de patient

Actes non invasifs



Actes invasifs



Exemple des recommandations pour les patients à risque d'endocardite infectieuse

Patients concernés	Actes autorisés	Actes interdits	Modalités
<p>Porteur d'une prothèse valvulaire</p> <p>Ayant un antécédent d'EI</p>	<p>Endodontie (pose de digue, pulpotomie sur dent permanente immature, retraitement endodontique, chirurgie endodontique sans utilisation de membrane de régénération osseuse)</p> <p>Parodontologie (détartrage et tout acte qui n'utilise pas de membrane de régénération osseuse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coiffage pulpaire en denture permanente mature • Pulpectomie des dents temporaires 	<p>Amoxicilline en prise orale unique 1H avant le geste (2g chez l'adulte et 50mg/kg chez l'enfant)</p>
<p>Porteur d'une cardiopathie congénitale cyanogène non opérée ou opérée mais avec un shunt résiduel</p>	<p>Chirurgie orale (avulsion dentaire, toute chirurgie sans membrane, toute chirurgie pré et post-implantaire sans membrane)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute technique de chirurgie avec utilisation d'une membrane de régénération osseuse 	<p>En cas d'allergie à la pénicilline</p> <p>Azithromycine (500mg chez l'adulte ou 15mg/kg chez l'enfant)</p>
<p>Porteur de pompe d'assistance ventriculaire</p>	<p>Anesthésie locale en site inflammatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tout traitement de la péri-implantite 	<p>Ou Pristinamycine (1g chez l'adulte et 25mg/kg chez l'enfant)</p>

4-Pathologies bucco-dentaires

Pathologies osseuses (ex:alvéolite)



Pathologies gingivales (ex:gingivite ulcéro-nécrosante)

Pathologies amélo-dentino-pulpaire

Dent saine

Dent ayant une pathologie inflammatoire



Dent ayant une pathologie infectieuse

5- Antibiothérapie

Les pathologies inflammatoires ne nécessitent pas d'antibiothérapie (ex: pulpite = pulsatile, insomnante, douleur au froid EVA 8-9 douleur spontanée, décharge électrique, majoré par la position allongée, chambre pulpaire inextensible) !

En cas de doute sur une origine infectieuse, ne pas prescrire d'anti-inflammatoires

- Patiente semble soulagé, ne consulte pas
- Risque de cellulite avec diffusion (septicémie)



Dr. IFLOYD
@Artistic_LH

Conseil utile du jour : en cas d'abcès dentaire, ne JAMAIS prendre d'anti-inflammatoire (type Surgam, cataflam, Voltarene, Diclo...) même sous couverture antibiotique (puisque pas toujours efficace) & se contenter de Paracetamol/codéine.

⚠ Risque : transformation en cellulite.



4:20 PM · 7 juin 2019 · Twitter for Android

5- Antibiothérapie curative recommandée pour quelles pathologies bucco-dentaires ?



- Parodontite agressive localisée
- Parodontite agressive généralisée
- Parodontite réfractaire au traitement
- Maladie parodontale nécrosante
- Péricoronarite
- Cellulite aigue
- Actinomyose cervico-faciale
- Alvéolite suppurée
- Ostéites maxillaire et mandibulaire
- Infections bactériennes des glandes salivaires
- Stomatites bactériennes
- Sinusite maxillaire aigue d'origine dentaire



A moduler avec l'immunité du patient et le risque d'endocardite infectieuse

Recommandations de l'afssaps 2011

5- Antibiothérapie curative : schémas d'administration préconisés chez l'adulte (fonction rénale)

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 2g/jour en 2 prises • Azithromycine: 500mg/j en 1 prise sur 3 jours • Clarithromycine: 1000mg/j en 2 prises • Spiramycine: 9 MUI/j en 3 prises • Clindamycine : 1200mg/j en 2 prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2g/j en 2 prises à 3G/J en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline) • Amoxicilline 2g/jour en 2 prises et métronidazole : 1500mg/jour en 2 ou 3 prises • Métronidazole: 1500mg/j en 2 ou 3 prises et Azithromycine: 500mg/j en 1 prise sur 3 jours ou Clarithromycine: 1000mg/j en 2 prises ou Spiramycine: 9 MUI/j en 3 prises
Maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole: 1500mg/j en 2 ou 3 prises 	
Parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline : 200mg/jour en une prise (voir reco afssaps pour la prise en fonction du poids et heure de coucher) 	
Parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 1,5g/jour ou 2g/jour en 2 prises et métronidazole : 1500mg/jour en 2 ou 3 prises <p><i>En cas d'allergie aux peni :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole: 1500mg/j en 2 ou 3 prises 	
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2g/j en 2 prises à 3G/J en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine : 2g/jour en deux prises

Durée des traitements : 7 jours sauf précision

5- Antibiothérapie curative : schémas d'administration préconisés chez l'enfant (fonction rénale normale sans dépasser la dose adulte)

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilline 50 à 100mg/Kg/jour en 2 prises Azithromycine (hors AMM): 20mg/Kg/j en 1 prise sur 3 jours Clarithromycine (hors AMM): 15mg/Kg/j en 2 prises Spiramycine: 300 000 UI/Kg/j en 3 prises Clindamycine : 25mg/Kg/j en 3 ou 4 prises (attention gélule au dessus de 6 ans ou forme IV à partir de 3 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 80mg/Kg/j en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline) Amoxicilline 50 à 100mg/Kg/jour en 2 ou 3 prises et métronidazole : 30mg/Kg/jour en 2 ou 3 prises Métronidazole: 30mg/Kg/j en 2 ou 3 prises et Azithromycine (hors AMM): 20mg/Kg/j en 1 prise sur 3 jours ou Clarithromycine (hors AMM): 15mg/Kg/j en 2 prises Spiramycine: 300 000 UI/KG/j en 3 prises
Maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> Métronidazole: 30mg/Kg/j en 2 ou 3 prises 	
Parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> Doxycycline : 4mg/jour en une prise (voir reco afssaps pour la prise en fonction du poids et heure de coucher pas avant 8 ans) 	
Parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilline 50 à 100mg/Kg/jour en 2 ou 3 prises et métronidazole : 30mg/Kg/jour en 2 ou 3 prises <i>En cas d'allergie aux peni :</i> Métronidazole: 30mg/Kg/j en 2 ou 3 prises 	
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 80mg/Kg/j en 3 prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> Pristinamycine : 50mg/Kg/jour en deux prises



Le patient présentant des signes infectieux locaux associés à un retentissement général en particulier sur un terrain à risque d'infection générale ou chez qui l'administration par voie orale est rendue impossible devront être hospitalisés !



Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital : à propos d'un cas

Cellulitis of dental origin with serious complications. Report of a case

CHARLES DUBERNARD^{1,2}, SANDRA BELLANGER^{1,2}, GUILLAUME CHAMBON²,
HERVE LÉON¹, JACQUES-HENRI TORRES¹, JEAN LOZZA¹

RÉSUMÉ

L'extension au médiastin des cellulites diffuses d'origine dentaire constitue une complication rare mais extrêmement grave. Le cas rapporté est celui d'un patient de 25 ans ayant développé une cellulite cervico-faciale à partir d'une troisième molaire mandibulaire. Il a présenté un choc septique avec syndrome de détresse respiratoire aiguë. L'examen tomodensitométrique a montré un emphysème cervico-scapulo-médiastinal. Paradoxalement, le sujet était resté apyrétique, et le bilan biologique a retrouvé un taux de leucocytes normal à un stade avancé de l'infection, ce qui fait évoquer la notion d'un terrain prédisposant.

Le patient a bénéficié d'une prise en charge lourde faisant intervenir de nombreuses techniques médicales et chirurgicales, pour suppléer d'une part les défaillances multi-viscérales et d'autre part, traiter l'infection par antibiothérapie et drainage (cervicotomie et thoracotomie).

Après 3 mois de coma, le patient conservait principalement des séquelles fonctionnelles bucco-faciales et des cicatrices cutanées dues au drainage cervical et thoracique. (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 119-125**).

mots clés : cellulite, médiastinite, réanimation

SUMMARY

The mediastinal extension of diffuse cellulitis of dental origin is a rare but extremely serious complication. The case of a 25 years old male patient who developed a cervico-facial cellulitis starting from a mandibular third molar is reported. He presented a septic shock, with respiratory distress. The CTscan showed a cervico-scapulo-mediastinal emphysema. The patient paradoxically remained afebrile and his leukocyte rate remained normal at an advanced stage of the infection. These findings evoke an infection-prone background.

The patient underwent a heavy management including numerous medical and surgical techniques, to make up for the multivisceral failure on one hand, and on the other hand to treat the infection through antibiotic therapy and drainage (cervicotomy, thoracotomy).

After 3 months' coma, the patient will keep oro-facial after-effects and cutaneous scars related to the drainage (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 119-125**).

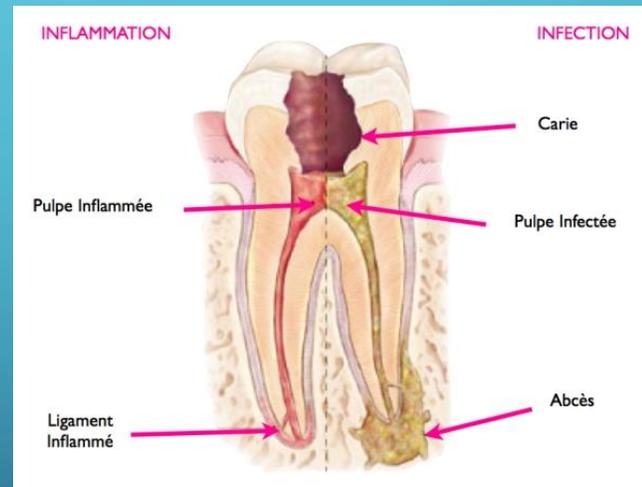
key words : cellulitis, mediastinitis, intensive care

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 3
2009

page 119

Alors on fait quoi ?



Je vous remercie pour votre attention....