



**Recommandations régionales de
prise en charge bucco-dentaire
des patients à risque d'endocardite infectieuse
Sfax - 2015**



**Tunisian Advanced health Care Association
for Dental and Medical Interaction**



**Amicale des Médecins
et Chirurgiens Cardiovasculaires de Sfax**



**Service de Cardiologie
& Service de Médecine Dentaire
au CHU Hédi Chaker de Sfax**

Sommaire

Composition des groupes de travail	02
Méthodologie de travail	03
Abréviations.....	04
Recommandations.....	05
Argumentaire.....	08
Bibliographie.....	16

01 Composition des groupes de travail

Groupe de travail

Dr Abid Dorra (Cardiologue, Pr Ag HU) Modérateur
 Dr Dhouib Anas (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Elleuch Wafa (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Gueriani Wafa (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Jallouli Nouha (Médecin dentiste, libéral) Rapporteur
 Dr Krichène Salma (Cardiologue, libéral)
 Dr Mallek Souad (Cardiologue, Santé Publique)

Groupe de lecture

Dr Ben Jdidia Fatma (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Ben Jemaa Jameleddine (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Chakchouk Melek..... (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Ennouri Ridha (Cardiologue, libéral) Modérateur
 Dr Hachicha Ines (Médecin dentiste spécialiste en MCB, Santé Publique) Rapporteur
 Dr Hentati Amen..... (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Trabelsi Imen..... (Cardiologue, libéral) Modérateur

Comité de synthèse

Dr Abid Dorra..... (Cardiologue, Pr Ag HU)
 Dr Abid Leila..... (Cardiologue, Pr Ag HU)
 Dr Chaari Rym..... (Médecin dentiste, libéral)
 Dr Ennouri Ridha(Cardiologue, libéral)
 Dr Hachicha Ines (Médecin dentiste spécialiste en MCB, Santé Publique)
 Dr Hammami Rania.....(Cardiologue, AHU)
 Dr Ghorbel Walid.....(Médecin dentiste, Pr Ag. HU)
 Dr Guedri Leila.....(Médecin dentiste, Santé Publique)
 Dr Jallouli Nouha.....(Médecin dentiste, libéral)
 Dr Kammoun Samir.....(Cardiologue, Pr.HU)
 Dr Maazoun Yamen.....(Cardiologue, libéral)
 Dr Masmoudi Latifa(Médecin dentiste principal, Santé Publique)
 Dr Triki Faten(Cardiologue, AHU)

02 Méthodologie de travail

Objectif :

L'endocardite infectieuse (EI) est une pathologie rare mais de pronostic réservé. L'incrimination des bactéries de la cavité buccale dans l'étiopathogénie de l'EI est bien démontrée. Bien que les sociétés savantes dans le monde aient révisé le protocole de prescription d'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors des procédures bucco-dentaires, les professionnels de santé en Tunisie, et particulièrement dans la région de SFAX, continuent à suivre l'ancienne recommandation française de 1992.



Ceci a amené TUNISIAN ACADMI, l'amicale des médecins et chirurgiens cardiovasculaires de Sfax, le service de cardiologie et le service de médecine dentaire au CHU Hédi Cheker de Sfax à discuter les recommandations internationales récentes et à essayer d'actualiser la prescription de l'antibioprophylaxie de l'EI chez les patients cardiaques au cabinet dentaire, en tenant compte des particularités de la population tunisienne.

Choix des participants et méthodologie :

Un appel à candidature pour faire partie des groupes de travail sur le thème «prévention de l'endocardite infectieuse chez les patients cardiaques au cabinet dentaire » a été lancé auprès des médecins dentistes et des cardiologues de la région de Sfax (médecins libéraux, universitaires et de la santé publique)

Les participants bénévoles ont été répartis en deux groupes :

- un groupe de travail qui a pour objectif la lecture et la discussion des recommandations internationales récentes en fonction des particularités de la population tunisienne et des conditions locales de travail. Le groupe de travail a proposé une ébauche de recommandations régionales en ce qui concerne la prévention de l'EI lors des soins bucco-dentaire.
- un groupe de lecture, indépendant du 1er groupe, et en se référant aux recommandations internationales récentes, a discuté l'ébauche de recommandations régionales élaborée par le 1er groupe. Les membres de ce groupe ont proposé une ébauche de lettre de liaison standardisée entre le médecin dentiste et le cardiologue ce qui facilitera la communication entre les médecins et le patient.
- Le rapport final a été validé par le comité de synthèse.



ACADMI.....	Advanced Health Care Association for Dental and Medical Interaction
AFSSAPS.....	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AHA.....	Américan Heart Association
AP.....	Accord Professionnel des participants
ATBP.....	Antibioprophylaxie
BSAC.....	British Society of Antimicrobial Chemotherapy
EI.....	Endocardite infectieuse
ESC.....	European Society of Cardiology
SFCO.....	Société Française de Chirurgie Orale

1- Classification des cardiopathies selon le risque d'endocardite infectieuse :

La liste des cardiopathies nécessitant la prescription de l'antibioprophylaxie pour la prévention de l'endocardite infectieuse lors des procédures dentaires a été réduite. Les recommandations internationales actuelles énoncent plusieurs arguments justifiant ces changements, dont principalement :

- L'endocardite infectieuse causée par les bactéries de la cavité orale, résulte fort probablement de l'exposition à une inoculation bactérienne continue suite aux activités journalières de routine, et non pas suite à une procédure dentaire.
- L'antibioprophylaxie prévient un nombre très réduit d'endocardites infectieuses, chez les patients cardiaques qui subissent une intervention bucco-dentaire.
- Les risques d'effets indésirables de l'antibioprophylaxie sont supérieurs au bénéfice de prévention de l'endocardite infectieuse.
- Le maintien d'une bonne hygiène orale est plus efficace dans la prévention de l'endocardite infectieuse que l'antibioprophylaxie.

Tableau 1: Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse

Prothèse valvulaire
Antécédent d'endocardite infectieuse
Cardiopathie congénitale cyanogène
<ul style="list-style-type: none"> ● Non opérée ou dérivation chirurgicale pulmonaire- systémique ● Opérée avec shunt résiduel ● Opérée avec mise en place d'un matériel prothétique, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place ● Opérée avec mise en place d'un matériel prothétique avec shunt résiduel
Valvulopathie rhumatismale fuyante (IA , IM)

Les patients présentant d'autres cardiopathies (autres valvulopathies, autres cardiopathies congénitales, prolapsus de la valve mitrale,...), anciennement classées dans le groupe de '**cardiopathies à risque modérée**' font actuellement partie de la population générale. **L'antibioprophylaxie de l'EI n'est plus indiquée** avant un geste bucco-dentaire pour ces patients.

2- Classification des actes bucco-dentaires :

Tableau 2 : Classifications des actes bucco-dentaires chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Actes buccodentaires contre indiqués

L'anesthésie intra-ligamentaire
 Traitement endo. des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire
 Traitement endo. des dents à pulpe vivante sur plusieurs séances ou sans champs opératoire (digue)
 Amputation radiculaire
 Transplantation
 Réimplantation
 Chirurgie périapicale
 Chirurgie parodontale
 Chirurgie implantaire et des péri-implantites
 Mise en place de matériaux de comblement
 Chirurgie préorthodontique de dents incluses

Actes bucco-dentaires invasifs avec antibioprofylaxie recommandée

en endodontie :

- mise en place d'une digue
- traitement endodontique d'une dent à pulpe vivante*
- traitement d'une carie juxta ou sous gingivale avec lésion de la gencive

en parodontologie:

- sondage parodontal
- détartrage parodontal supra ou sous gingival

en exodontie :

- avulsion d'une dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racine**
- avulsion d'une dent incluse ou en désinclusion (enclavée)

soins prothétiques à risque de saignement
soins orthodontiques à risque de saignement

Actes bucco-dentaires non invasifs sans antibioprofylaxie

Les actes de prévention non sanglants (Application de fluor, scellement des sillons,...)
 Soins conservateurs
 Soins prothétiques non sanglants
 Dépose post-opératoire de sutures
 Pose de prothèse amovible
 Pose ou ajustement d'appareil orthodontique
 Prise de radiographies dentaires

*Les soins endodontiques chez les patients à haut risque d'EI doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire est accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées et, à la rigueur, à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles

*** La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisée qu'en absence de toute atteinte parodontale.*

Tous les actes bucco-dentaires peuvent être indiqués chez les patients présentant d'autres cardiopathies (cardiopathie à risque modérée) sans antibioprofylaxie.

Les actes buccodentaires doivent être faits suivant les règles d'asepsie et les règles de l'art particulièrement pour les soins endodontiques

3- Protocole de l'antibioprofylaxie :

Tableau 3: Protocole d'administration de l'antibioprofylaxie

Prise unique dans l'heure qui précède l'acte			
Situation	Antibiotique	Adulte	Enfant
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2g - V.O. ou I.V.	50mg/kg- V.O. ou I.V.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg - I.V.*	20mg/kg - I.V.
	ou Pristinamycine	1g - V.O. ou I.V.	25mg/kg- V.O. ou I.V.
	ou Azithromycine	500mg - V.O. ou I.V.	15mg/kg- V.O. ou I.V.
	ou Clarithromycine	500mg - V.O. ou I.V.	15mg/kg- V.O. ou I.V.

*Du fait de la non disponibilité d'une forme pharmaceutique pour la voie orale en Tunisie pour la clindamycine, les autres antibiotiques sont recommandés en cas d'acte en ambulatoire, la forme IV est préférentiellement réservée aux actes sous anesthésie générale.

4- Suivi bucco-dentaire chez les patients à risque d'endocardite infectieuse

Tableau 4: recommandations du suivi bucco-dentaires chez les patients à risque d'endocardite infectieuse (EI)

- Il est impératif d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires chez les sujets à haut risque d'EI
Chez les patients à haut risque d'EI, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois.
- Il est particulièrement recommandé d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires chez les sujets à risque modéré d'EI.
- Un contrôle bucco-dentaire chez le médecin dentiste chaque 6 mois est fortement conseillé pour les sujets à risque modéré d'EI

L'EI est une maladie rare à pronostic réservé.

L'incidence varie entre 25 à 50 cas par million d'habitants par année en France et 50 à 70 cas par million d'habitants par année en Amérique (1). L'incidence en Tunisie est estimée à 55 cas par million d'habitants par année (2). Cette incidence, est restée stable durant les 4 dernières décennies (1) malgré les recommandations de prescription massive d'antibioprophylaxie depuis 1954 jusqu'à 2002.

On pense actuellement que l'implication des bactéries de la cavité orale comme cause principale de l'EI était surestimé et que les EI à streptocoques oraux ne représentent que 17% des EI en France (3) et en Tunisie (2).

En France, les recommandations de prescription de l'antibioprophylaxie de l'EI de 2002 (4) ont été remplacées par les recommandations de l'AFSSAPS de 2011 (5) adoptant celle de la Société Européenne de Cardiologie (ESC, 2009) (6,7). Dans ces dernières recommandations, il y eu réduction du champ des indications de prescription des antibiotiques pour la prophylaxie de l'EI. Cette évolution fait suite à des modifications récentes dans certains pays anglo-saxons où la prescription prophylactique d'antibiotique n'est plus recommandée que seulement pour les patients à haut risque d'EI (Royaume Unis, USA) (1, 8). Dans la dernière mise à jour des recommandations de prise en charge de l'endocardite infectieuse de 2015, l'ESC retient les mêmes recommandations de 2009 (9).

1- Classification des cardiopathies selon le risque d'endocardite infectieuse :

La liste des cardiopathies à risque d'EI nécessitant une antibioprophylaxie s'est réduite depuis les recommandations françaises de 1992 et de 2002 (10). Actuellement, plusieurs sociétés savantes ne reconnaissent que quelques cardiopathies 'à haut risque d'EI' justifiant la prescription d'antibioprophylaxie avant les soins dentaires. (BSAC 2006 (8), AHA 2007 (1), ESC 2009,2015 (6,9), AFSSAPS 2011 (5), SFCO 2012 (11)).

Les experts ont conclu, après une analyse détaillée des données de la littérature, qu'il n'y a aucune preuve que les procédures dentaires augmentent le risque d'EI et que l'administration de l'antibioprophylaxie avant les soins dentaires ne doit plus être indiqué que pour les patients à haut risque d'EI à savoir :

- Les patients porteurs de prothèse valvulaire
- Les patients ayant des antécédents d'EI
- Les cardiopathies congénitales cyanogènes

Plusieurs arguments ont été énoncés supportant ces nouvelles recommandations à savoir (1, 5, 6, 7,9, 12) :

- Aucune preuve scientifique n'a pu montrer que la fréquence, l'intensité et la durée de la bactériémie induite par les procédures dentaires est capable d'engendrer une EI. En effet, la grande majorité des patients ayant développé une EI n'ont pas bénéficié d'une procédure dentaire dans les 2 semaines précédant l'apparition des symptômes de l'EI et la plupart des séries ne rapportent qu'un nombre très faible d'endocardites compliquant une procédure invasive buccodentaire (2,7 à 7% des séries épidémiologiques)
- **La bactériémie 'spontanée' engendrée par les gestes de la vie courante (mastication, brossage des dents, ...) est probablement identifiée comme à risque d'induire une EI.**

On estime que se brosser les dents 2 fois/j pendant une année a 154 000 fois plus de risque d'exposer à une bactériémie qu'une extraction dentaire.

On estime que la mastication et les mesures d'hygiène buccale quotidienne exposent à une bactériémie cumulée de 5370 minutes alors qu'une extraction dentaire expose à une bactériémie de 6 à 30 min.

Il est fort probable que les cas d'EI causés par les bactéries de la cavité orale, résultent de l'exposition à une inoculation bactérienne continue dans le sang suite aux activités journalières de routine, et non pas suite à une procédure dentaire.

Cependant, même en cas de concordance temporelle rétrospectivement évoquée entre la réalisation d'une procédure et la survenue d'une endocardite, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si la bactériémie à l'origine de l'endocardite a été provoquée par la procédure, si elle est causée par la pathologie dentaire motivant la réalisation de la procédure ou si elle est la conséquence d'une bactériémie spontanée.

Il demeure important de souligner que le risque de bactériémie est significativement diminué par une bonne hygiène et une bonne santé orale (5).

- **L'impact de la pathologie dentaire et de la procédure dentaire sur la bactériémie n'est pas prouvé.** En effet, la classification des procédures dentaires selon l'intensité de la bactériémie provoquée semble être aléatoire et n'est pas fondé sur des critères scientifiquement pertinents. Aucune donnée scientifique ne prouve que l'intensité du saignement lors d'une procédure dentaire soit un facteur prédicteur de bactériémie. Il a été démontré que chez les patients avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire, la fréquence de la bactériémie juste avant une extraction dentaire est similaire à celle après.
- **Le risque absolu d'EI après une procédure dentaire est extrêmement faible.** Le risque absolu d'EI est estimé à 1 cas sur 10700 procédures chez un patient présentant une cardiopathie à haut risque, et à 1 cas sur 54300 procédures chez des patients présentant une cardiopathie à risque moins élevé. Dans les études de Van der Meer et al. l'antibioprophylaxie ne prévient qu'un faible nombre d'EI si on considère qu'elle est 100% efficace (13)

Dans une étude française, les auteurs concluent qu'un très grand nombre de prescriptions d'ATBP est nécessaire pour prévenir un très faible nombre d'EI (14)

- **L'efficacité de l'antibioprophylaxie à prévenir l'EI est controversée.**

Il n'existe aucune étude scientifique valide qui montre l'efficacité de l'antibioprophylaxie dans la prévention de l'EI.

Des études ont montré qu'il n'y a pas de différence significative dans la fréquence de la bactériémie après une procédure dentaire entre des patients cardiaques à risque d'EI traités par pénicilline V ou Amoxicilline en prophylaxie d'une part et les patients cardiaques non traités par l'antibioprophylaxie.

Une revue de la Cochrane de 2004 a conclu qu'il n'y a aucune évidence qui supporte l'utilisation de l'antibioprophylaxie pour la prévention de l'EI.(15)

- **La prophylaxie antibiotique n'est pas dénuée de risque.**

L'utilisation large de l'antibiothérapie est à l'origine de l'émergence de micro-organismes résistants. La prescription d'antibiotique « par peur de... », « au cas où... », « pour prévenir... », « par sécurité... », « pour accélérer la guérison... » ou encore « pour le confort du patient... », conduit à une banalisation de l'usage des antibiotiques et elle n'est plus justifiable.

L'utilisation de bêta-lactamines expose les patients aux risques de réaction anaphylactique dont la fréquence est estimée entre 15 et 40 cas pour 100000 utilisations ainsi qu'au risque de décès (un à trois décès pour 100000 utilisations)

En contre partie, les EI secondaires à des micro-organismes d'origine buccodentaire (essentiellement streptocoques du groupe viridans) sont celles qui présentent le pronostic le plus favorable (10% de décès à la phase aigüe contre 35% des endocardites secondaires à *Staphylococcus aureus*).

Ainsi, en comparant le risque de décès par endocardite après la réalisation d'une procédure buccodentaire n'ayant pas fait l'objet d'une antibioprophylaxie (estimé à 1543000/), et celui par choc anaphylactique (1 à 3100000/), il se pourrait que l'antibioprophylaxie par amoxicilline de l'endocardite infectieuse dans la situation des gestes buccodentaires chez un patient présentant une cardiopathie à risque modéré, soit plus responsable de décès que la non-prescription d'une antibioprophylaxie.

La Tunisie ACADMI, en collaboration avec les cardiologues de la région de Sfax, adopte ces recommandations et propose d'ajouter la valvulopathie rhumatismale fuyante (IA, IM) au groupe de cardiopathies à haut risque d'EI.

En effet, des études tunisiennes ont montré que les valvulopathies rhumatismales, bien qu'elles aient nettement régressé dans les pays développés, restent la première cause d'EI dans la population tunisienne (45% des patients atteints d'EI, (2,16)). Ces données expliquent probablement le fait que la moyenne d'âge des patients atteints d'EI en Tunisie (32 à 34 ans (2,16)) est plus basse que les pays développés (55 à 60 ans).

On estime que la valvulopathie rhumatismale la plus fréquemment compliquée par une EI est la valvulopathie rhumatismale fuyante (IA, IM) (AP).

Le reste des cardiopathies, y compris celles anciennement considérées 'à moyen risque d'EI' ne nécessitent plus de l'antibioprophylaxie et ces patients sont pris en charge au cabinet dentaire comme la population générale.

Remarque : ces recommandations ne concernent que le risque d'EI. Si les patients cardiaques, à cardiopathies autres que celles de 'haut risque d'EI', associent d'autres pathologies ou autres conditions et sont jugés par leurs médecins traitants comme étant 'patients immunodéprimés', la prescription d'antibiotique doit obéir aux recommandations de l'AFSSAPS (5) concernant les patients immunodéprimés.

2- Classification des actes bucco-dentaires :

Pour les patients à haut risque d'EI, les actes buccodentaires sont classés en 3 catégories, en fonction de l'importance de la bactériémie qu'elles peuvent engendrer et donc du risque de survenue d'EI (12).

Bien que les données de la science montrent que la classification de ces actes est aléatoire et elle n'est pas basée sur des preuves scientifiques, et que la bactériémie spontanée peut être plus importante que celle causée par une procédure dentaire, on retient la dernière classification de l'AFSSAPS (5) et celle de la SFCO (11).

Les actes buccodentaires contre indiqués chez les patients à haut risque d'EI

- L'anesthésie intra-ligamentaire
- Traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire
- Traitement endodontique des dents à pulpe vivante sur plusieurs séances ou sans champs opératoire (digue)
- Amputation radiculaire
- Transplantation
- Réimplantation
- Chirurgie périapicale
- Chirurgie parodontale
- Chirurgie implantaire et des péri-implantites
- Mise en place de matériaux de comblement
- Chirurgie préorthodontique de dents incluses

Les soins endodontiques chez les patients à haut risque d'EI doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire est accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées et, à la rigueur, à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles. (5)

La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisée qu'en absence de toute atteinte parodontale.

Les pulpopathies, les parodontopathies et les traumatismes nécessitent l'extraction.(5)

En revanche, chez les patients ayant une cardiopathie à risque modéré d'endocardite infectieuse, la Société Européenne de Cardiologie considérant que ce niveau de risque ne justifie plus une antibiothérapie prophylactique (6,7), on ne saurait continuer à contre-indiquer ces actes invasifs. Par conséquent, l'anesthésie intraligamentaire, le traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire, l'amputation radiculaire, l'autotransplantation, la réimplantation, la chirurgie péri-apicale, la chirurgie parodontale, la chirurgie implantaire, la mise en place de matériaux de comblement et la chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées sont envisageables chez les patients ayant une cardiopathie à risque modéré d'endocardite infectieuse.(5)

● **Les actes buccodentaires invasifs nécessitant une antibioprophylaxie chez les patients à haut risque d'EI :**

L'utilisation d'antibiotiques ne peut ni palier à l'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes à toutes pratiques de soins.

Chez les patients à haut risque d'EI, l'antibioprophylaxie est recommandée :

- pour tout acte dentaire impliquant une manipulation de la gencive ou de la région périapicale de la dent
- en cas d'effraction de la muqueuse orale (excepté l'anesthésie locale ou loco-régionale) (5)

Ces actes sont :

▶ **en endodontie :**

- mise en place d'une digue
- traitement endodontique d'une dent à pulpe vivante*
- traitement d'une carie juxta ou sous gingivale avec risque d'effraction de la gencive (AP)

▶ **en parodontologie :**

- sondage parodontal
- détartrage parodontal supra ou sous gingival

▶ **en exodontie :**

- avulsion d'une dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racine*
- avulsion d'une dent incluse ou en désinclusion (enclavée)

▶ **soins prothétiques** à risque de saignement

▶ **soins orthodontiques** à risque de saignement

* le traitement endodontique des dents à pulpe vivante et la séparation de racine ne peuvent être faites que sous certaines conditions suscitées. (Voir paragraphe précédent)

● **Les actes buccodentaires non invasifs ne nécessitant pas une antibioprophylaxie chez les patients à haut risque d'EI :**

Les actes non invasifs peuvent être pratiqués chez les patients à haut risque d'EI sans antibioprophylaxie à savoir :

- ▶ Les actes de prévention non sanglants
- ▶ Application de fluor
- ▶ Mise en place de sealant (scellement des sillons)
- ▶ Soins conservateurs
- ▶ Soins prothétiques non sanglants
- ▶ Dépose post-opératoire de sutures
- ▶ Pose de prothèse amovible
- ▶ Pose ou ajustement d'appareil orthodontique
- ▶ Prise de radiographies dentaires

3- Protocole de l'antibioprophylaxie :

L'antibioprophylaxie est recommandée chez les patients à haut risque d'EI avant tout acte buccodentaire impliquant une manipulation de la gencive ou de la région périapicale ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (excepté l'anesthésie locale et locorégionale).

Elle est indiquée en une prise unique, 1 heure avant l'acte sans dose supplémentaire :

- Amoxicilline : 2g chez l'adulte, 50 mg/kg chez l'enfant (VO ou IV)
- En cas d'allergie :
 - Clindamycine 600 mg chez l'adulte (IV), 20mg/kg chez l'enfant(IV)
 - Ou Pristinamycine 1g chez l'adulte, 25mg/kg chez l'enfant (VO ou IV)
 - Ou Azithromycine 500mg chez l'adulte, 15mg/kg chez l'enfant
 - Ou Clarithromycine 500mg chez l'adulte, 15mg/kg chez l'enfant

Les recommandations américaines (1) et françaises (5) recommandent la clindamycine 600mg chez l'adulte en cas d'allergie à l'amoxicilline. Mais, vue la non disponibilité de la molécule en forme adaptée à la voie orale sur le marché tunisien (uniquement la forme IV est disponible), on a jugé que le médecin prescripteur a le choix de prescrire la pristinamycine (pyostacine*) comme indiqué dans les recommandations françaises de 2002 (4), ou l'azithromycine (Azro*, Zitromax*, Azix*,...) ou la clarithromycine (clamycine*, Clarid*, Zeclar*,...) comme l'indique l'AHA (1).

Si l'antibioprophylaxie n'a pas été administrée une heure avant l'acte (par oubli ou par la survenue d'un saignement abondant imprévu durant un acte dentaire qui ne nécessitait pas une ATBP), la dose d'antibiotique peut être administrée jusqu'à 2 heures après l'acte (1)

4-Situations particulières :

- **Comment prescrire l'antibioprophylaxie en cas de plusieurs actes invasifs programmés sur plusieurs séances chez les patients à haut risque d'EI ?**

Il n'est pas utile, lorsqu'une série de soins dentaires est nécessaire, de respecter un intervalle de 9 à 14 jours entre les séances.(5)

Selon l'état du patient, l'urgence médicale et les conditions disponibles, il est préférable de :

► Réaliser tous les actes la même séance, sous anesthésie générale. Une antibioprophylaxie est recommandée avant l'intervention.

► Sinon, réaliser les actes sur deux à trois séances, sous antibioprophylaxie avant chaque séance. (l'amoxicilline est préférée s'il n'y a pas d'allergie) (AP)

Le médecin dentiste en collaboration avec le(s) médecin(s) traitant(s), décide de la nécessité de la poursuite d'une antibiothérapie jusqu'à la cicatrisation muqueuse et ceci en fonction du risque infectieux lié à l'immunodépression éventuelle et ne doit pas être indiqué dans l'objectif de prévenir l'EI.

- **Comment prescrire l'antibioprophylaxie si le patient à haut risque d'EI est déjà sous antibiotique ?**

Si un patient est déjà traité avec un antibiotique normalement utilisé dans la prophylaxie de l'endocardite infectieuse depuis au moins 48h, l'acte invasif peut être réalisé sans ajouter des doses supplémentaires (AP).

- **Conduite à tenir devant une infection bucco-dentaire chez les patients à haut risque d'EI ?**

Si l'infection est localisée (abcès endodontique ou parodontal,...), une prescription d'antibiothérapie est recommandée et il serait préférable d'utiliser les antibiotiques normalement utilisés dans la prophylaxie de l'EI (Exp : amoxicilline en 1ère intention, amoxicilline +acide clavulanique ou métronidazole en 2ème intention)

En cas d'infection diffusée dans les tissus cellulaires (cellulites, sinusites associées, thrombophlébites,...), l'hospitalisation et l'administration d'antibiotique par voie intraveineuse, en concertation avec le cardiologue, est recommandée. (AP)

5-Importance de l'hygiène buccodentaire chez les patients cardiaques :

Chez les patients cardiaques à risque d'EI, la prophylaxie repose sur une hygiène bucco-dentaire rigoureuse pour essayer de limiter le plus possible les risques et/ou l'intensité des bactériémies spontanées ou provoquées. Le patient doit être prévenu de l'éventuel risque de survenue d'une endocardite infectieuse et doit consulter dès qu'apparaissent des signes

compatibles avec cette infection (fièvre, frisson, perte d'appétit, perte de poids), qu'ils surviennent ou pas après une procédure dentaire ou médicale.

Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire et une sensibilisation des patients à l'importance des contrôles réguliers chez le médecin dentiste sont nécessaires (9) et doivent être réalisées par le cardiologue et le médecin dentiste pour tout patient à risque d'EI.

On adopte les recommandations de la SFCO (11) et celles de l'AFSSAPS (5) :

- Un bilan bucco-dentaire doit être entrepris au plus tôt avant la chirurgie valvulaire.
- Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant la chirurgie valvulaire.
- Il est impératif d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires chez les sujets à haut risque d'EI.
- Chez les patients à haut risque d'EI, un suivi bucco dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois.
- Il est particulièrement recommandé d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires chez les sujets à risque modéré d'EI.
- Un contrôle bucco-dentaire chez le médecin dentiste chaque 6 mois est fortement conseillé pour les sujets à risque modéré d'EI (AP)

- 1- Wilson W. et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: A guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever. *Circulation* 2007;116:1736–54.
- 2- Letaief A. et al. Epidemiology of infective endocarditis in Tunisia: a 10-year multicenter retrospective study. *International Journal of Infectious Diseases* 2007,11;430–433
- 3- Hoen B. et al. Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. *Jama* 2002;288:75–81
- 4- Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. *Med Mal Infect* 2002;32:533–86
- 5- AFSSAPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, Juillet 2011
- 6- Habib G. et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur.Heart J.* 2009;30(19):2369-2413.
- 7- Harisson JL, et al. The European society of cardiology 2009 guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis: key messages for clinical practice. *Pol Arcg Med Wewn* 2009;119(12):773-6
- 8- Gould F.K. et al. Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J.Antimicrob.Chemother.* 2006;57(6):1035-1042.
- 9- Habib G, et al. The European society of cardiology 2015 guidelines for the management of infective endocarditis. *Eur.Heart J.* 2015; Aug 29.
- 10- Delahaye F. et al. Recommendations on prophylaxis for infective endocarditis: Dramatic changes over the past seven years. *Archives of Cardiovascular Disease* 2009,102;233–245
- 11- Recommandations de la société française de chirurgie orale : Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires, 2012
- 12- Duval X. et al. Prophylaxis of infective endocarditis: current tendencies, continuing controversies. *Lancet Infect Dis.* 2008 Apr;8(4):225-32
- 13- Van der Meer J.T. et al. Epidemiology of bacterial endocarditis in The Netherlands. II. Antecedent procedures and use of prophylaxis. *Arch.Intern.Med.* 1992;152(9):1869-1873.
- 14- Duval X. 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(12):e102-e107.
- 15- Oliver R. et al. Penicillins for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD003813.
- 16- Trabelsi I. et al. Native Valve Infective Endocarditis in a Tertiary Care Center in a Developing Country (Tunisia). *The American Journal of Cardiology* 2008;102(9):1247-51