

Dans la rubrique «Point de service» du présent numéro, les Drs Allen Aptekar et George K.B. Sándor répondent à des questions que se posent souvent les dentistes au sujet du bien-fondé de l'antibiothérapie prophylactique chez les patients qui sont porteurs d'une endoprothèse coronaire, d'un cathéter veineux central à demeure, d'une dérivation ventriculo-péritonéale, d'implants mammaires ou d'une prothèse pénienne et qui doivent subir un traitement dentaire invasif. Aux fins du présent article, les traitements dentaires invasifs désignent les procédures dentaires susceptibles de causer un saignement gingival ou une bactériémie. De telles procédures pourraient également être nocives pour un patient déjà à risque d'endocardite infectieuse subaiguë. L'infection de ces prothèses alloplastiques peut causer une importante morbidité ou retarder des traitements par ailleurs essentiels et peut même, dans certains cas, mettre la vie du patient en danger.

## QUESTION 1

Quelles précautions et mesures dois-je prendre durant le traitement d'un patient porteur d'une endoprothèse coronaire?

### Contexte

Selon l'Association américaine du cœur, plus de 13 millions d'Américains souffrent de coronopathies, lesquelles constituent la principale cause de décès dans ce pays<sup>1</sup>. Depuis les 20 dernières années, l'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP) est une des interventions les plus pratiquées pour le traitement de la sténose coronaire. L'ACTP comporte toutefois certaines lacunes et il arrive que l'artère se bouche à nouveau après le traitement<sup>2</sup>. Les endoprothèses coronaires sont utilisées cliniquement depuis le milieu des années 90 et elles sont devenues un élément essentiel dans la prévention de la resténose consécutive à l'ACTP<sup>3</sup>.

L'endoprothèse coronaire est un tube métallique qui est utilisé pour ouvrir la lumière d'une artère, durant et après l'angioplastie. Le diamètre de

l'endoprothèse est d'abord réduit, puis la prothèse est placée à l'extrémité d'un cathéter à ballonnet; son insertion jusqu'à la zone du blocage se fait par voie intra-artérielle (III. 1). Le gonflage du ballonnet provoque l'expansion de l'endoprothèse qui est ainsi verrouillée en place, formant un support qui est endothélialisé et qui maintient ouverte l'artère nouvellement dilatée (III. 2). L'endoprothèse, qui est laissée en permanence dans l'artère, améliore le débit sanguin et atténue les symptômes d'ischémie associés aux coronopathies<sup>1</sup>. Les patients porteurs de ces endoprothèses doivent prendre des antiplaquettaires pour réduire les risques de resténose<sup>3</sup>. Le traitement de ces patients pour d'autres problèmes médicaux ou pour des problèmes dentaires suscite certaines inquiétudes, qui ont notamment trait au risque de bactériémie dans les vaisseaux où des endoprothèses ont récemment été mises en place, ainsi qu'aux risques de saignement consécutif au traitement et d'interactions avec les médicaments prescrits.



III. 1: Endoprothèse coronaire placée sur un cathéter qui est gonflé afin d'insérer l'endoprothèse via la lumière de l'artère à dilater.



III. 2: Endoprothèse coronaire après expansion comme si elle était insérée dans l'intima de l'artère à dilater.

### Prise en charge

Les dentistes doivent avoir une connaissance de base des précautions à prendre chez les patients porteurs d'une endoprothèse coronaire. Ces prothèses ne guérissent pas les problèmes cardiaques du patient, et ceux-ci peuvent évoluer et causer la formation d'autres athéromes<sup>3</sup>. Le dentiste doit également être sensible au fait que le traitement dentaire pourrait causer une bactériémie chez ces patients. Les endoprothèses viennent en contact étroit avec la paroi endothéliale des vaisseaux sténosés durant leur insertion qui se fait sous haute pression. Il faut de

72 heures à 30 jours après l'introduction de l'endoprothèse, pour que la couche néointimale recouvre complètement la prothèse, qu'elle se développe sur le muscle lisse à l'intérieur de la paroi vasculaire et qu'il y ait endothélialisation complète<sup>3</sup>. L'Association américaine du cœur recommande qu'une antibiothérapie prophylactique soit administrée aux patients qui doivent subir un traitement dentaire invasif dans les 30 jours suivant la mise en place d'une endoprothèse<sup>3</sup>. Pallasch et coll.<sup>4</sup> recommandent quant à eux une antibiothérapie prophylactique durant les 6 mois qui suivent l'insertion d'une telle prothèse. En cas de doute, le dentiste devrait consulter le cardiologue du patient, pour savoir si une prophylaxie est indiquée.

Le risque d'hémorragie postopératoire est un autre problème qui doit être envisagé chez ces patients, à qui sont habituellement prescrits des antiplaquettaires pour prévenir une nouvelle sténose. Ces médicaments peuvent prolonger le temps de saignement et entraîner des complications hémorragiques, si un traitement invasif est entrepris. Le dentiste devrait donc interroger le patient pour savoir s'il présente depuis peu une tendance aux ecchymoses ou aux hémorragies<sup>5</sup>. Si les antécédents du patient indiquent une tendance accrue au saignement, le dentiste devrait consulter le médecin du patient pour connaître sa numération plaquettaire et peut-être aussi son temps de saignement. Enfin, le dentiste doit aussi faire preuve de prudence dans la prescription d'autres médicaments et il doit notamment éviter de prescrire des anti-inflammatoires

non stéroïdiens à un patient qui prend des antiplaquettaires, car les AINS peuvent accroître ou potentialiser l'effet antiplaquettaire<sup>3,5</sup>.

## Conclusions

Durant le traitement de patients porteurs d'une endoprothèse coronaire, le dentiste doit se renseigner sur les antécédents du patient, y compris ses antécédents d'hémorragie, et évaluer la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique. L'antibiothérapie prophylactique recommandée consiste en l'administration de 2,0 g d'amoxicilline par voie orale, 1 heure avant l'intervention, ou de 600 mg de clindamycine par voie orale, une heure avant l'intervention, si le patient est allergique à la pénicilline. Le dentiste devrait également connaître le profil antiplaquettaire et le temps de saignement du patient et choisir avec prudence les analgésiques prescrits. En cas de doute, le dentiste devrait consulter le cardiologue ou le médecin de famille du patient. ♦

## Références

1. American Heart Association. Cardiovascular disease statistics. Disponible à l'adresse URL : <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4478>.
2. Goy JJ, Eeckhout E. Intracoronary stenting. *Lancet* 1998; 351(9120):1943-9.
3. Roberts HW, Redding SW. Coronary artery stents: review and patient-management recommendations. *J Am Dent Assoc* 2003; 131(6):797-801.
4. Pallasch TJ, Gage TW, Taubert KA. The 1997 prevention of bacterial endocarditis recommendations by the American Heart Association: questions and answers. *J Calif Dent Assoc* 1999; 27(5):393-9.
5. Cutando-Soriano A, Galindo-Moreno P. Antibiotic prophylaxis in dental patients with body prostheses. *Med Oral* 2002; 7(5):348-59.

## QUESTION 2

Quelles précautions et mesures dois-je prendre durant le traitement d'une patiente qui a subi une augmentation mammaire?

## Contexte

Les chirurgies d'augmentation mammaire utilisant des matériaux alloplastiques sont pratiquées couramment depuis plus de 40 ans et elles figurent parmi les chirurgies esthétiques les plus répandues<sup>1</sup>. L'augmentation mammaire est pratiquée à des fins esthétiques, mais aussi pour la reconstruction après une chirurgie pour le traitement d'un cancer du sein. Deux principaux types d'implants mammaires ont été utilisés au cours des 50 dernières années. Le premier, l'implant de silicone, a été très populaire de 1963 à 1992, date à laquelle son usage a été interdit par la U.S. Food and Drug Administration, après qu'il a été établi que ces implants pourraient avoir un lien avec la manifestation de troubles immunologiques systémiques. L'usage du deuxième type, l'implant rempli de solution saline, est en progression constante depuis 1992<sup>1</sup>.

Les implants mammaires sont classés parmi les prothèses corporelles (ill. 1) et, comme tout autre corps étranger ou implant, elles peuvent devenir infectées<sup>2</sup>. Il est donc justifié de se demander si un traitement dentaire peut devenir une source d'infection chez les patientes porteuses d'implants mammaires. De fait, il existe un cas documenté d'infection des implants mammaires due à un traitement dentaire<sup>3</sup>.

## Prise en charge

L'antibiothérapie prophylactique avant un traitement dentaire chez les patientes ayant des implants mammaires ne fait pas l'unanimité. Certains auteurs

jugent en effet que ce traitement est inutile, étant donné l'absence de données scientifiques à l'appui<sup>2</sup>, malgré la publication d'une étude documentée<sup>3</sup> portant sur un cas isolé d'infection des implants mammaires consécutive au traitement d'une dent avec abcès. Cette infection a été causée par le *Clostridium perfringens*, une bactérie souvent présente dans le tractus gastro-intestinal et la cavité buccale. Hunter et ses collègues<sup>3</sup> et d'autres auteurs<sup>2,4</sup> ont suggéré une antibiothérapie prophylactique (céphalosporine) dans les cas où les patientes ayant des implants mammaires présentent des risques de bactériémie.

Cependant, l'infection des implants mammaires par une bactériémie semble extrêmement rare. De fait, le cas décrit par Hunter et coll.<sup>3</sup> est le seul qui a été rapporté, parmi les centaines de milliers d'implants mammaires mis en place chaque année. Par conséquent, il s'agit ici d'évaluer les avantages et les risques de l'antibiothérapie prophylactique et il est justifié de ne pas prescrire d'antibiothérapie prophylactique, étant donné la très faible incidence de ces infections<sup>5,6</sup>. Cependant, les patientes chez qui des implants mammaires ont été utilisés à des fins de reconstruction peuvent également avoir reçu des traitements de chimiothérapie immunosuppressive et être de ce fait plus sensibles aux infections bactériennes d'origine buccale<sup>2</sup>. Une antibiothérapie prophylactique pourrait être bénéfique à ces patientes. En cas de doute, il est recommandé de consulter le médecin de la patiente. ♦

## Références

1. Van Zele D, Heymans O. Breast implants: a review. *Acta Chir Belg* 2004; 104(2):158-65.
2. Cutando-Soriano A, Galindo-Moreno P. Antibiotic prophylaxis in dental patients with body prostheses. *Med Oral* 2002; 7(5):348-59.
3. Hunter JG, Padilla M, Cooper-Vastola S. Late *Clostridium perfringens* breast implant infection after dental treatment. *Ann Plast Surg* 1996; 36(3):309-12.
4. Brand KG. Infection of mammary prostheses: a survey and the question of prevention. *Ann Plast Surg* 1993; 30(4):289-95.
5. Little JW, Falace DA. Prosthetic implants. In: *Dental management of the medically compromised patient*. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997. p. 614.
6. Baker SA. Antibiotic prophylaxis for selected implants and devices. *J Calif Dent Assoc* 2000; 28(8):620-6.



Ill. 1 : Implant mammaire rempli de solution saline, avant son insertion.

## QUESTION 3

## Quelles précautions et mesures dois-je prendre durant le traitement d'un patient porteur d'une prothèse pénienne?

### Contexte

L'implantation d'une prothèse pénienne est une solution à laquelle on a souvent recours pour le traitement du dysfonctionnement érectile<sup>1</sup>. En général, ces prothèses sont utilisées chez des hommes qui ont essayé, sans succès, toutes les autres formes de traitement non chirurgical pour un dysfonctionnement érectile, un traumatisme pénien ou un cancer du pénis<sup>2</sup>. Les prothèses péniennes, dont l'implantation est réalisée par un chirurgien urologue, existent en 2 types principaux, soit les prothèses semi-rigides et les prothèses gonflables. Le choix, qui est à la fois une question de préférence et de coût, est fait conjointement par le chirurgien et le patient<sup>2</sup>. À l'heure actuelle, il semble que la prothèse pénienne gonflable ait la préférence. Bien que rare, l'infection est l'une des principales complications associées à ces prothèses. Cependant, certains facteurs prédisposent à ce type d'infection, notamment les traumatismes médullaires, un diabète mal équilibré, des antécédents d'infections des voies urinaires et un état immunodéprimé. Ces infections peuvent entraîner une perte de fonction, nécessiter une autre chirurgie ou le retrait de la prothèse et peuvent même causer la mort<sup>3</sup>. Malgré l'application de rigoureuses mesures de contrôle des infections avant, pendant et après l'implantation des prothèses péniennes par voie chirurgicale, ces infections demeurent préoccupantes et certaines études laissent croire que le traitement dentaire pourrait être à l'origine de l'infection<sup>3</sup>. Il est donc important de prévenir l'infection des prothèses péniennes chez les patients qui en sont porteurs.

### Prise en charge

Afin de réduire les risques d'infection, les chirurgiens urologues utilisent des prothèses péniennes qui sont imprégnées d'un antibiotique. Carson a démontré l'efficacité de ces prothèses traitées en surface<sup>4</sup>, notant que l'utilisation de ce type de prothèse a réduit le taux d'infection de 82,4 % après 60 jours et de 57,8 % après 180 jours par rapport aux prothèses non traitées<sup>4</sup>. Le risque d'infection future augmente toutefois avec le temps<sup>4</sup>.

Les traitements dentaires invasifs constituent une rare source d'infection des prothèses péniennes, 5 cas ayant été déclarés<sup>3,5</sup>. Dans certains de ces cas, l'infection a été causée par des staphylocoques ou des

streptocoques. Selon les auteurs de ces études de cas isolés, une antibiothérapie prophylactique devrait être administrée à tous les patients porteurs d'une prothèse pénienne, avant tout traitement dentaire invasif<sup>3,5</sup>.

Pour leur part, Little et Rhodus ont mené une enquête visant à déterminer la nécessité d'administrer une antibiothérapie prophylactique aux patients porteurs d'une prothèse pénienne qui devaient subir un traitement dentaire invasif<sup>6</sup>. La plupart des 297 urologues ayant participé à l'enquête n'ont pas recommandé l'antibiothérapie prophylactique pour ces patients, et ceux qui l'ont recommandée ont choisi une céphalosporine<sup>6</sup>.

Selon les données disponibles, il semble qu'un examen cas par cas devrait être fait pour juger de la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique pour ces patients. Une consultation avec le médecin de famille ou l'urologue est alors justifiée pour déterminer si l'antibiothérapie prophylactique est indiquée. Si l'antibiothérapie est jugée appropriée, il est alors recommandé de suivre les lignes directrices établies par l'Association américaine du cœur pour la prophylaxie de l'endocardite infectieuse subaiguë : administration de 2,0 g d'amoxicilline (ou 600 mg de clindamycine si le patient est allergique à la pénicilline), 1 heure avant un traitement dentaire invasif susceptible de causer une bactériémie.<sup>7</sup> ♦

### Références

1. Carson CC. Diagnosis, treatment and prevention of penile prosthesis infection. *Int J of Impotence Res* 2003; 15(Suppl 5): S139-46.
2. Lewis R. Surgery for erectile dysfunction. In: Walsh PC, Retik AM, editors. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders. 1998; p. 1216-34.
3. Kabalin JN, Kessler R. Infectious complications of penile prosthesis surgery. *J Urol* 1988; 139(5):953-5.
4. Carson CC 3rd. Efficacy of antibiotic impregnation of inflatable penile prostheses in decreasing infection in original implants. *J Urol* 2004; 171(4):1611-4.
5. Carson CC, Robertson CN. Late hematogenous infection of penile prostheses. *J Urol* 1988; 139(1):50-2.
6. Little JW, Rhodus NL. The need for antibiotic prophylaxis of patients with penile implants during invasive dental procedures: a national survey of urologists. *J Urol* 1992; 148(6):1801-4.
7. American Heart Association. Endocarditis prophylaxis information. Disponible à l'adresse URL : <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=11086>.

## QUESTION 4

## Quelles précautions et mesures dois-je prendre durant le traitement d'un patient porteur d'un cathéter veineux central?

## Contexte

Les cathéters veineux centraux à demeure permettent d'améliorer sensiblement la qualité de vie de certains groupes de patients. En effet, ces cathéters procurent à bon nombre de patients une plus grande liberté en dehors du cadre hospitalier ainsi qu'une plus grande mobilité, car la plupart des médicaments intraveineux peuvent alors leur être administrés par du personnel qualifié, en dehors de l'hôpital. Les cathéters veineux centraux sont utilisés à diverses fins. Ils permettent généralement de simplifier l'accès pour l'administration d'intraveinothérapies à long terme chez les patients traités en externe et ainsi d'éviter des ponctions veineuses répétées<sup>1</sup>. Ce type de traitement est parfois nécessaire pour administrer une chimiothérapie pour les troubles oncologiques, les troubles nutritionnels ou les néphropathies en phase terminale (par dialyse)<sup>1,2</sup>. L'usage de ces cathéters est devenu très répandu et des millions de Nord-Américains en sont aujourd'hui porteurs. L'introduction de ces cathéters se fait habituellement par voie percutanée ou par dénudation (sous anesthésie locale ou générale) des veines jugulaire interne, jugulaire externe, céphalique, saphène ou fémorale (ill. 1).

Bien que ces instruments soient en général sans danger, de graves complications, telles une infection

du cathéter ou des infections sanguines reliées au cathéter, peuvent survenir<sup>3</sup>. Ces infections s'accompagnent de taux de morbidité et de mortalité élevés, qui ont pour effet d'accroître les coûts du traitement médical et aussi, souvent, la durée d'hospitalisation<sup>3</sup>. De plus, ces complications peuvent dans certains cas nécessiter l'arrêt ou l'interruption temporaire de traitements essentiels au maintien de la vie, comme la chimiothérapie. Il est donc important d'éliminer toute source possible d'infection chez ces patients, qui sont à risque d'endocardite, de septicémie et d'autres infections. Il importe également de se rappeler qu'un grand nombre de ces patients sont immunodéprimés, à cause de leurs traitements ou de maladies sous-jacentes<sup>1,2</sup>, et que les traitements dentaires invasifs constituent chez ces patients une source possible d'infection pouvant causer une bactériémie. Le dentiste doit être conscient des risques associés au traitement de ces patients et chercher à les réduire au maximum<sup>1,2</sup>.

## Prise en charge

L'infection d'un cathéter veineux central peut se faire par 2 voies principales : la contamination exogène (par la peau) et la contamination endogène (bactériémie ou fongémie)<sup>1</sup>. Les organismes les plus souvent mis en cause dans l'infection d'un cathéter sont le coccus Gram positif comme les *Staphylococcus* spp., les organismes Gram négatif comme le *Pseudomonas aeruginosa* et les champignons du genre *Candida*<sup>1,3</sup>. Certains de ces organismes sont souvent présents dans la bouche et ils peuvent causer une bactériémie ainsi que l'infection du cathéter après un traitement dentaire.

D'autres aspects doivent aussi être pris en considération chez les patients porteurs d'un cathéter veineux central qui reçoivent des traitements d'hémodialyse et qui doivent subir un traitement dentaire. Ces patients présentent des risques d'hémorragie abondante et d'anémie. L'administration d'anticoagulants, ainsi que les traumatismes mécaniques subis par les plaquettes durant la dialyse, peuvent en effet causer des hémorragies<sup>2</sup>. De plus, l'insuffisance rénale chronique provoque une diminution des taux d'érythropoïétine qui cause ensuite de l'anémie, ainsi qu'un dysfonctionnement plaquettaire inexplicable et une anémie de maladie chronique. Les patients sous hémodialyse et sous



Ill. 1: Les cathéters veineux centraux sont des cathéters à demeure utilisés pour permettre un accès répété aux veines pour les pharmacothérapies et les dialyses.

chimiothérapie peuvent eux aussi souffrir d'infections reliées à leur cathéter car, chez ces 2 groupes de patients, il y a altération de l'immunité à médiation cellulaire, hypoprotéïnémie et diminution de la production d'anticorps. Et tous ces facteurs augmentent leur sensibilité à l'infection<sup>1,2</sup>.

Il est donc impératif d'éliminer toute source d'infection buccale. Les patients porteurs d'un cathéter veineux central doivent recevoir une antibiothérapie prophylactique avant un traitement dentaire invasif, afin de prévenir les risques d'infection du cathéter et d'endocardite infectieuse<sup>1,2,4</sup>. La prophylaxie recommandée consiste en l'administration de 2,0 g d'amoxicilline par voie orale, 1 heure avant le traitement, ou de 600 mg de clindamycine par voie orale, 1 heure avant l'intervention, si le

patient est allergique à la pénicilline<sup>4</sup>. Si le dentiste a des doutes au sujet du traitement d'un patient en cabinet, il devrait consulter le médecin du patient ou diriger ce dernier vers une clinique dentaire en milieu hospitalier. ♦

### Références

1. Spuller RL. The central indwelling venous catheter in the pediatric patient — dental treatment considerations. *Spec Care Dentist* 1988; 8(2):74–6.
2. De Rossi SS, Glick M. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(2):211–9.
3. Erbay A, Ergonul O, Stoddard G, Samore MH. Recurrent catheter-related bloodstream infections: risk factors and outcome. *Int J Infect Dis* 2006; 10(5):396–400. Epub 2006 May 15.
4. Werner CW, Saad TF. Prophylactic antibiotic therapy prior to dental treatment for patients with end-stage renal disease. *Spec Care Dentist* 1999; 19(3):106–11.

## QUESTION 5

Quelles précautions et mesures dois-je prendre durant le traitement d'un patient présentant une dérivation ventriculo-péritonéale ou ventriculo-cardiaque?

### Contexte

Une dérivation ventriculo-péritonéale (VP) est un cathéter qui draine l'excédent de liquide céphalo-rachidien du ventricule cérébral latéral vers la cavité péritonéale (ill. 1), tandis qu'une dérivation ventriculo-cardiaque (VC) draine l'excédent de liquide céphalo-rachidien depuis les ventricules cérébraux vers l'oreillette droite du cœur. Ces 2 types de dérivations sont pratiquées pour maintenir une pression intracrânienne adéquate et ainsi prévenir ou traiter l'hydrocéphalie chez les bébés et les enfants souffrant d'hypertension intracrânienne chronique. Non traitée, l'hydrocéphalie peut causer de graves maux de tête, une déformation du crâne, la cécité, une détérioration mentale et la mort<sup>1</sup>. Les dérivations VP sont plus

souvent pratiquées que les dérivations VC, car leur durée opératoire est moins longue et qu'elles requièrent moins de révisions<sup>2</sup>. Les 2 types de dérivations sont mises en place par des neurochirurgiens.

L'infection est l'une des principales complications de ces dérivations, qui peut causer une importante morbidité et mortalité<sup>2,3</sup>. L'infection de la dérivation est soit précoce (dans les 8 semaines suivant la mise en place), soit tardive. L'infection précoce s'accompagne habituellement d'une altération du statut immunologique tôt après la chirurgie. Un moyen de prévenir l'infection précoce consiste à imprégner la dérivation d'antibiotiques avant son implantation par voie chirurgicale<sup>4</sup>. Les infections tardives, moins fréquentes, sont habituellement causées par une contamination à retardement par des microorganismes<sup>1</sup>, notamment par des staphylocoques et des streptocoques<sup>1-3</sup>. Or ces organismes bactériens sont souvent présents dans la cavité buccale et certains cas documentés de dérivations infectées après une intervention dentaire ont été rapportés<sup>5</sup>.



Ill. 1 : Céphalogramme latéral montrant la portion crânienne d'une dérivation ventriculo-péritonéale.

### Prise en charge

Une certaine controverse persiste quant à la nécessité d'administrer une antibiothérapie prophylactique aux patients porteurs de telles dérivations. Selon les lignes directrices de l'Académie américaine de dentisterie pédiatrique<sup>6</sup>, une antibiothérapie prophylactique est indiquée chez les patients porteurs d'une dérivation VC qui doivent subir un

traitement dentaire, mais elle ne l'est pas dans le cas de dérivation VP, car aucune structure vasculaire n'est touchée. Un recensement de la documentation révèle toutefois que ces lignes directrices ne font pas l'unanimité. Ainsi, selon une enquête menée par Acs et Cozzi<sup>7</sup> auprès de dentistes pédiatriques et de neurochirurgiens, certains de ces spécialistes recommandent une antibiothérapie prophylactique pour les 2 types de dérivations (VP et VC), bien que ces cliniciens estiment que le risque d'infection soit plus grand avec les dérivations VC qu'avec le type VP. La pénicilline a été l'agent prophylactique recommandé par 60 % des neurochirurgiens consultés durant l'enquête<sup>7</sup>.

D'autres ouvrages préconisent clairement l'antibiothérapie prophylactique chez tout patient porteur d'une dérivation, chez qui un traitement dentaire invasif pourrait causer une bactériémie. Ces auteurs justifient la prophylaxie du fait que les bactéries présentes dans la flore de la bouche, de l'oropharynx et du nasopharynx sont également celles qui causent l'infection de la dérivation<sup>5</sup>. Les recherches et la documentation connexe sur les infections causées par les procédures dentaires sont toutefois limitées.

Selon les données disponibles, il semble que le traitement en cabinet des patients porteurs d'une dérivation devrait se faire d'une manière concertée. Le dentiste devrait ainsi consulter le médecin de famille ou le neurochirurgien pour connaître les besoins du patient en matière d'antibiothérapie prophylactique. En cas de doute, ou si ces consultations sont impossibles, le dentiste devrait privilégier la prudence et administrer des antibiotiques au patient, en suivant les lignes directrices de l'Association américaine du cœur : administration de 2,0 g d'amoxicilline, 1 heure avant un traitement dentaire invasif (ou de 600 mg de clindamycine si le patient est allergique à la pénicilline)<sup>8</sup>. ♦

## Références

1. Wang KW, Chang WN, Shih TY, Huang CR, Tsai NW, Chang CS, and others. Infection of cerebrospinal fluid shunts: causative pathogens, clinical features, and outcomes. *Jpn J Infect Dis* 2004; 57(2):44-8.
2. Sacar S, Turgut H, Toprak S, Cirak, B, Coskun E, Yilmaz O, and other. A retrospective study of central nervous system shunt infections diagnosed in a university hospital during a 4-year period. *BMC Infect Dis* 2006; 6:43-4.
3. Taylor AG, Peter JC. Advantages of delayed VP shunting in post-haemorrhagic hydrocephalus seen in low-birth-weight infants. *Childs Nerv Syst* 2001; 17(6):328-33.
4. Sciubba DM, Stuart RM, McGirt MJ, Woodworth GF, Samdani A, Carson B, and other. Effect of antibiotic-impregnated shunt catheters in decreasing the incidence of shunt infection in the treatment of hydrocephalus. *J Neurosurg* 2005; 103(2 Suppl):131-6.
5. Croll TP, Greiner DG, Schut L. Antibiotic prophylaxis for the hydrocephalic dental patient with a shunt. *Pediatr Dent* 1979; 1(2):81-5.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection. Disponible à l'adresse URL : [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_antibioticprophylaxis.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_antibioticprophylaxis.pdf).
7. Acs G, Cozzi E. Antibiotic prophylaxis for patients with hydrocephalus shunts: a survey of pediatric dentistry and neurosurgery program directors. *Pediatr Dent* 1992; 14(4):246-50.
8. American Heart Association. Cardiovascular disease statistics. Disponible à l'adresse URL : <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=11086>.

## LES AUTEURS



Le **Dr Aptekar** est praticien résident en dentisterie générale au Centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto (Ontario).



Le **Dr Sándor** est professeur et directeur clinique du programme de formation de cycle supérieur en chirurgie buccale et maxillofaciale et anesthésie à l'Université de Toronto et à l'Hôpital Mount Sinai, coordonnateur de chirurgie buccale et maxillofaciale pédiatrique à l'Hôpital pour enfants malades et au

Centre pour enfants Bloorview à Toronto (Ontario) et chercheur en chirurgie buccale et maxillofaciale à l'Université d'Oulu (Finlande). Courriel : [george.sandor@utoronto.ca](mailto:george.sandor@utoronto.ca).