

Quelles recommandations d'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse les dentistes canadiens devraient-ils suivre?

*Herve Y. Sroussi, DMD, PhD; Ashwin R. Prabhu, BDS;
Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C)*

Auteur-ressource

Dr Epstein
Courriel : jepstein@uic.edu



Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-5/401.html

Les fournisseurs de soins dentaires doivent demeurer bien au fait des plus récentes recommandations en matière de prophylaxie antibiotique de l'endocardite infectieuse (EI), car ces recommandations constituent les normes de soins satisfaisants et déterminent les normes médico-légales. Cependant, selon une enquête menée auprès des dentistes canadiens, ces derniers ont tendance à suivre l'antibioprophylaxie qui était recommandée au moment de l'obtention de leur diplôme en médecine dentaire — or, souvent, ces recommandations ne sont plus conformes aux normes actuelles¹, car l'American Heart Association (AHA)² et la British Society for Antimicrobial Chemotherapy (BSAC)³ ont toutes 2 récemment mis à jour leurs recommandations en la matière.

Divers facteurs de l'hôte augmentent le risque d'EI, notamment certaines anomalies cardiaques, des antécédents d'EI et le type de procédure dentaire (**tableau 1**). Dans ses recommandations révisées de 2007, l'AHA limite les conditions pour lesquelles une prophylaxie de l'endocardite est recommandée avant un traitement dentaire à celles qui comportent les risques les plus élevés (**tableau 2**). Il est notamment important de souligner que les valvulopathies sans régurgitation ne font pas partie des conditions pour lesquelles l'AHA recommande une prophylaxie². Ces nouvelles recommandations réduiront sensiblement l'usage de la prophylaxie antibactérienne pour prévenir l'EI.

Les procédures dentaires invasives qui s'accompagnent de saignements augmentent le risque que des bactéries buccales pénètrent dans le sang. Bien que des données indiquent que le risque d'infection due à une bactériémie causée par le

traitement n'est présent que pendant une courte période (moins de 2 semaines après une intervention), des interventions dentaires pratiquées même plusieurs mois auparavant pourraient être mises en cause dans l'EI⁴. De plus, les maladies parodontales et dentaires augmentent le risque de bactériémie associé aux activités de la vie quotidienne et pourraient être plus souvent la cause de bactériémie; une bonne hygiène buccodentaire est donc d'une importance capitale chez les patients qui sont à risque d'EI à cause de leur état.

Afin de réduire le risque d'EI après une procédure dentaire, des mesures prophylactiques ont été élaborées par des spécialistes des domaines de la microbiologie, de l'épidémiologie, de la cardiologie et de la dentisterie. La principale mesure de prévention recommandée consiste en l'administration d'une antibiothérapie prophylactique avant certaines procédures dentaires chez les patients jugés à risque.

Le premier schéma prophylactique recommandé par l'AHA remonte à 1955 et les plus récentes recommandations ont été publiées en 2007². La British Cardiac Society⁵ et la BSAC³ ont elles aussi récemment mis à jour leurs recommandations en matière de prophylaxie de l'EI (respectivement en 2004 et 2006). Le présent article propose un résumé de ces lignes directrices, en soulignant leurs différences.

L'évolution constante des recommandations en matière de prophylaxie de l'EI s'est faite en tenant compte de l'histoire naturelle de cette affection, des facteurs de risque, des recherches menées sur les animaux, de l'épidémiologie et de l'examen des prophylaxies antibiotiques ayant échoué. Les nouvelles recommandations tiennent compte également de la nécessité grandissante

Tableau 1 Lignes directrices pour déterminer les patients pouvant nécessiter une prophylaxie afin de prévenir l'endocardite infectieuse avant une procédure dentaire

American Heart Association ²	British Society for Antimicrobial Chemotherapy ³	British Cardiac Society ⁵
<p>Risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prothèse valvulaire • Antécédents d'endocardite infectieuse • Cardiopathie congénitale (CC), en présence d'une des 3 conditions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. CC cyanogène non opérée, incluant une dérivation palliative 2. Cardiopathie congénitale complètement réparée avec un matériau prothétique ou une prothèse mis en place par voie chirurgicale ou cathétérisme, moins de 6 mois après la procédure 3. CC opérée avec défauts résiduels au siège ou à proximité d'une pièce prothétique ou d'une prothèse (qui empêche l'endothélialisation) • Patient ayant subi une transplantation cardiaque et présentant une valvulopathie cardiaque 	<p>Risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'endocardite infectieuse • Remplacement chirurgical de valvules cardiaques, autrement dit des prothèses valvulaires mécaniques ou biologiques • Dérivations chirurgicales pulmonaires ou systémiques 	<p>Risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prothèses valvulaires • Antécédents d'endocardite infectieuse • Cardiopathie congénitale cyanogène complexe • Transposition des grandes artères • Tétralogie de Fallot • Anomalie de Gerbode • Dérivations chirurgicales systémo-pulmonaires • Prolapsus de la valve mitrale avec régurgitation mitrale cliniquement importante ou épaissement valvulaire <p>Risque modéré</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopathies valvulaires acquises, p. ex., rhumatisme cardiaque • Sténose aortique • Régurgitation aortique • Régurgitation mitrale • Autres anomalies cardiaques structurales, p. ex., communication interventriculaire • Bicuspidie aortique • Communication interauriculaire de type ostium primum • Persistance du canal artériel • Remplacement de la racine de l'aorte • Coarctation aortique • Anévrisme du septum interauriculaire/foramen ovale perméable

d'éviter une surutilisation d'antibiotiques. Au Canada, les recommandations américaines ou britanniques actuellement en vigueur constituent toutes 2 des normes valables en matière de soins, pouvant satisfaire aux impératifs médico-légaux de l'exercice de la médecine dentaire (**tableaux 3 à 5**).

Les fournisseurs de soins doivent se fonder sur les recommandations les plus récentes publiées par des autorités reconnues. Aux États-Unis, les praticiens doivent se fonder sur les recommandations de l'AHA; au Canada, toutefois, les dentistes ont le choix entre les recommandations de l'un des 3 organismes qui font autorité, autrement dit l'AHA ou l'une des sociétés britanniques. Cependant, quelles que soient les

recommandations utilisées, il est impératif de les suivre à la lettre et de veiller à utiliser la version la plus récente.

Avant d'envisager une prophylaxie antibactérienne, il doit être établi que le patient et l'intervention comportent des risques (risque de saignement ou de bactériémie et sujet à risque).

Enfin, lorsque le dentiste échange avec un médecin, il est important qu'il décrive en détail les recommandations en vigueur qui seront suivies, car il se peut que le milieu dentaire soit mieux informé dans ce domaine; le dentiste doit aussi fournir des renseignements détaillés sur l'état buccodentaire du patient et sur les risques de saignement ou de bactériémie associés à la procédure.

Tableau 2 Procédures dentaires pour lesquelles une antibioprophylaxie est recommandée

American Heart Association ²	British Society for Antimicrobial Chemotherapy ³	British Cardiac Society ⁵
<p>Manipulation des tissus gingivaux, parodontaux et périapicaux; incision de la muqueuse, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chirurgie • procédures parodontales • instrumentation endodontique au-delà de l'apex ou chirurgie apicale • mise en place sous-gingivale de fibres ou de bandes imprégnées d'antibiotiques • mise en place initiale de bagues d'orthodontie, mais non de boîtiers • injection intraligamentaire d'un anesthésique local • nettoyage prophylactique des dents ou implants, en cas de saignement prévu <p>Excluant : administration d'un anesthésique local (sauf par le foyer infectieux)</p>	<p>Procédures dentaires nécessitant une manipulation dento-gingivale et des traitements endodontiques. Il est important de faire une évaluation des risques avec le patient en tenant compte de divers facteurs comme l'hygiène buccodentaire, pour décider de la prophylaxie</p>	<p>Procédures d'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • sondage parodontal <p>Procédures d'exploration</p> <ul style="list-style-type: none"> • sialographie <p>Procédures d'anesthésie</p> <ul style="list-style-type: none"> • anesthésie intraligamentaire locale <p>Toutes les procédures chirurgicales</p> <p>Procédures de restauration^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'une digue • mise en place d'une matrice et d'un coin • mise en place d'un fil de rétraction gingivale <p>Procédures parodontales</p> <p>Techniques de nettoyage professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • polissage des dents avec une cupule en caoutchouc • irrigation buccale avec jet d'eau • détartrage, surfaçage radiculaire • mise en place sous-gingivale de fibres ou de bandes imprégnées d'antibiotiques^b <p>Procédures endodontiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • instrumentation du canal radiculaire au-delà de l'apex <p>Réimplantation d'une dent avulsée^c</p> <p>Procédures orthodontiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • séparation des dents • exposition ou exposition et collage d'une ou de plusieurs dents

^aS'il doit y avoir plusieurs visites chez le dentiste, il est recommandé d'alterner les antibiotiques : p. ex., amoxicilline-clindamycine-amoxicilline; pour les jeunes enfants, la séquence serait amoxicilline-azithromycine-amoxicilline. Si l'on utilise de la pénicilline ou un antibiotique de type pénicilline, chaque visite doit être espacée d'au moins 1 mois. Les dentistes doivent en outre dispenser le plus de traitement possible durant chaque séance.

^bAucune donnée; cependant, la procédure est semblable à la mise en place d'un fil de rétraction gingivale.

^cLa dent avulsée peut être lavée rapidement et réimplantée immédiatement par un parent ou une autre personne responsable, et l'antibioprophylaxie peut être administrée par la suite, à condition que cela se fasse dans les 2 heures suivant la réimplantation. La prophylaxie antibiotique peut être efficace si elle est administrée peu de temps après l'épisode de bactériémie.

Tableau 3 Schémas prophylactiques recommandés par l'American Heart Association pour prévenir l'endocardite infectieuse²

Groupe de patients	Antibiotique	Voie	Dose		Délai avant la procédure
			Adultes	Enfants	
Prophylaxie générale courante pour les patients à risque	Amoxicilline	PO	2 g	50 mg/kg	1 h
Patients incapables de prendre des médicaments par voie orale	Ampicilline	IV ou IM	2 g	50 mg/kg	Dans les 30 min qui précèdent
Patients allergiques à la pénicilline/l'amoxicilline/l'ampicilline	Clindamycine	PO	600 mg	20 mg/kg	1 h
	Céfalexine ou céfadroxila	PO	2 g	50 mg/kg	1 h
	Azithromycine ou clarithromycine	PO	500 mg	15 mg/kg	1 h
Allergiques à la pénicilline/l'amoxicilline/l'ampicilline et incapables de prendre des médicaments par voie orale	Clindamycine	IV	600 mg	20 mg/kg	Dans les 30 min qui précèdent
	Céfazoline	IV	1 g	25 mg/kg	Dans les 30 min qui précèdent

Remarque : IV = par voie intraveineuse; PO = par voie orale.

^aLes céphalosporines ne doivent pas être administrées avec la pénicilline ou l'ampicilline aux personnes ayant des antécédents d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke ou d'urticaire.

Tableau 4 Recommandations sur le schéma prophylactique de l'endocardite infectieuse, selon la British Society for Antimicrobial Chemotherapy³

Groupe de patients	Antibiotique	Voie	Dose selon l'âge du patient (ans)			Période d'administration de la dose avant la procédure
			> 10	5-10	< 5	
Patients en général	Amoxicilline	PO	3 g	1,5 g	750 mg	1 h
Allergiques à la pénicilline	Clindamycine	PO	600 mg	300 mg	150 mg	1 h
Patients allergiques à la pénicilline et incapables d'avaler des capsules	Azithromycine	PO	500 mg	300 mg	200 mg	1 h
Schéma IV	Amoxicilline	IV	1 g	500 mg	250 mg	Juste avant la procédure ou à l'induction de l'anesthésie
Schéma IV et patients allergiques à la pénicilline	Clindamycine	IV	300 mg ^a	150 mg ^a	75 mg ^a	Juste avant la procédure ou à l'induction de l'anesthésie

Remarque : IV = par voie intraveineuse; PO = par voie orale.

^aAdministrée au moins 10 minutes avant la procédure dentaire.

Bain de bouche préopératoire : gluconate de chlorhexidine à 0,2 % (10 mL pendant 1 minute).

Tableau 5 Recommandations de la British Society for Antimicrobial Chemotherapy relativement à la prophylaxie de l'endocardite infectieuse pour les patients à risques maximums (patients porteurs de prothèses valvulaires ou ayant des antécédents d'endocardite infectieuse)³

Groupe d'âge (ans)	Antibiotique	Voie	Dose	Après la procédure
Adultes et enfants > 10 ans	Amoxicilline et gentamicine	IV	2 g	1 g PO ou IV, 6 h après la procédure
		IV	1,5 mg/kg	Aucune
Enfants < 10 ans	Amoxicilline et gentamicine	IV	1 g	1 g PO
		IV	1,5 mg/kg	Aucune
Adultes et enfants > 10 ans allergiques à la pénicilline	Vancomycine et gentamicine	IV	1 g	Aucune
		IV	1,5 mg/kg	Aucune
Enfants < 10 ans allergiques à la pénicilline	Vancomycine et gentamicine	IV	20 mg/kg	Aucune
		IV	1,5 mg/kg	Aucune

Remarque : IV = par voie intraveineuse; PO = par voie orale.

LES AUTEURS



Le **Dr Sroussi** est professeur adjoint et directeur de la médecine buccale du département de médecine buccale et des sciences diagnostiques, Centre anticancéreux de Chicago, Université de l'Illinois, Chicago (Illinois).

Le **Dr Prabhu** était fellow au Collège de médecine dentaire, Université de l'Illinois, Chicago (Illinois). Il exerce maintenant en pratique privée en Australie.



Le **Dr Epstein** est professeur et directeur du département de médecine buccale et des sciences diagnostiques, Centre anticancéreux de Chicago, Université de l'Illinois, Chicago (Illinois).

Écrire au : Dr Joel B. Epstein, Department of Oral Medicine and Diagnostic Sciences, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago, 801 S. Paulina St., M/C 838, Chicago, IL 60612-7213, USA.

Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

1. Epstein JB, Chong S, Le ND. A survey of antibiotic use in dentistry. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(11):1600-9.
2. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, and others. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; Apr 19 [Epub ahead of print].
3. Gould FK, Elliott TS, Foweraker J, Fulford M, Perry JD, Roberts GJ, and others. Guidelines for the prevention of endocarditis: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 2006; 57(6):1035-42.
4. Epstein JB. Infective endocarditis and dentistry: outcome-based research. *J Can Dent Assoc* 1999; 65(2):95-6.
5. Roberts GJ, Ramsdale D, Lucas VS, British Cardiac Society Working Group. Dental aspects of endocarditis prophylaxis: new recommendations from a Working Group of the British Cardiac Society Clinical Practice Committee and Royal College of Physicians. London: Royal College of Surgeons of England; 2004. Available from URL: www.rcseng.ac.uk/fds/docs/ie_recs.pdf (accessed May 3, 2007).