

Complications infectieuses des prothèses articulaires et infection bucco-dentaire

FICHE PRATIQUE

Nous produisons cette fiche avec l'aimable autorisation de l'Académie nationale de chirurgie dentaire. Elle a pour vocation d'être conservée à titre de protocole dans le cas où vous seriez confronté à cette pathologie au cours de votre exercice.

Trois situations doivent être distinguées.

I - Recherche de foyers infectieux d'origine dentaire avant pose d'une prothèse articulaire

Principe essentiel

La pose d'une prothèse articulaire, sauf exception, n'est pas un acte urgent. En l'absence d'urgence, se concerter avec le chirurgien orthopédiste pour obtenir le temps nécessaire à une remise en état de la denture.

Patients sans risques

Patients qui, en dehors de leur pathologie articulaire, ne présentent aucune pathologie reconnue.

- Maintenir l'hygiène bucco-dentaire en donnant les conseils nécessaires.
- Restauration coronaire sur dent pulpée : non contre-indiquée.
- Traitements endodontiques : les réaliser au moins trois mois avant l'intervention articulaire. Extraire la dent si des complications infectieuses aiguës surviennent. Si apparaît un début de lésion périapicale : résection apicale pour les monoradiculées (cf plus loin), extraction pour les pluriradiculées.
- Dent dépulpée avec obturation canalaire atteignant l'apex effectuée depuis plus d'un an, sans lésion apicale radiologiquement décelable : à conserver.
- Dent dépulpée à canaux non totalement traités sans lésion péri-radiculaire radiologiquement décelable : reprise du traitement radiculaire. Si des complications surviennent : cf plus haut.
- Extraction des dents irrécupérables.
- Chirurgie périapicale : à réaliser au moins trois mois avant l'intervention articulaire. La dent peut être conservée s'il existe après ce délai une ébauche de recalcification, sinon elle doit être extraite.
- Parodontopathies : apprécier la profondeur des poches, la mobilité dentaire (extraire en cas de mobilité III ou IV), le bilan radiologique. Apprécier les possibilités de maintenance et de contrôle en évaluant l'hygiène et la motivation du patient. Chirurgie parodontale : peu d'indications en raison du pronostic non assuré.
- Amputations radiculaires, transplantation, réimplantation : contre-indiquées.

- Dents incluses à sac péri-coronaire ouvert : extraction.
- Traumatismes. Fracture coronaire extracamérale : à traiter. Traitements endodontiques : à pratiquer selon directives exposée plus haut. Fracture radiculaire : extraction.
- Implants : l'apparition d'une péri-implantite est imprévisible, d'où abstention. En revanche quelle doit être l'attitude vis-à-vis d'un implant déjà en place ? Si l'implant posé depuis plus d'un an est parfaitement intégré (aucun signe fonctionnel, sertissure gingivale normale, aucune anomalie radiologique), il peut être conservé. Dépose au moindre symptôme anormal.

Patients à risques

Présentant l'une des affections suivantes :

- Diabète de type 1 et 2.
- Hémophilie.
- Insuffisance rénale, hépatique en fonction du bilan biologique.
- Dénutrition.
- Immuno-dépression constitutionnelle acquise ou d'origine thérapeutique. SIDA en trithérapie.
- Prise de médicaments au long cours (corticothérapie, chimiothérapie, AINS...).
- Polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux.
- Valvulopathies (elles ont leurs propres indications thérapeutiques).

Directives opératoires chez les patients à risques

Elles sont beaucoup plus strictes.

- Extractions : les indications sont très élargies au détriment de la chirurgie péri-apicale et parodontale.
- Dent dépulpée avec obturation canalaire atteignant l'apex effectuée depuis plus d'un an, sans lésion apicale radiologiquement décelable : à conserver.
- Traitements endodontiques : à réaliser trois mois avant l'intervention articulaire. Ils se dérouleront sous champ opératoire étanche (digue), en une séance, sur des canaux parfaitement accessibles (principalement monoradiculées), sous couverture antibiotique.
- Canaux non totalement obturés : extraction même en l'absence de lésions péri-apicales.
- Reprise des traitements radiculaires : contre-indiquée.

II - Traitements dentaires ou survenue d'une infection bucco-dentaire chez un sujet porteur d'une prothèse articulaire

1 - Survenue d'une infection d'origine dentaire : prescription d'antibiotiques, extraction de la ou des dents causales.

2 - Traitements dentaires

Patients sans risques

- Traitements endodontiques sous couverture antibiotique sur des dents à canaux parfaitement accessibles. Extraction au moindre incident.
- Reprise des traitements radiculaires : à éviter.
- Chirurgie périapicale et parodontale : contre-indiquée.

Patients à risques

Ajouter à la liste :

- Les patients opérés depuis moins de deux ans.
- Les patients ayant des antécédents d'infection articulaire sur prothèse.
- Les traitements endodontiques sont à éviter. Indications très larges des extractions sous couverture antibiotique.

III - Problèmes infectieux autour d'une prothèse articulaire.

Recherche d'une éventuelle étiologie bucco-dentaire.

Les études statistiques montrent que l'étiologie dentaire n'est prouvée que dans un faible pourcentage des cas.

C'est pourquoi les dents déulpées avec obturation radiculaire atteignant l'apex effectuée depuis un an, sans lésion périapicale, pourront être conservées.

Dans tous les autres cas l'extraction s'impose. La couverture antibiotique sera prescrite en accord avec le chirurgien orthopédiste.

Il faudra profiter de ces extractions pour effectuer une étude bactériologique des dents extraites. La technique du prélèvement par immersion de l'apex devrait être ap-

pliquée (Lepoivre, Commissionat, Chikhani et coll.). Il faudra tenter de confirmer une identité entre les germes recueillis au niveau de la prothèse articulaire et les germes recueillis au niveau des apex dentaires. (voir tableau ci-dessous)

Antisepsie locale préopératoire sous la forme de bain de bouche à la chlorexidine.

Lors de certains gestes invasifs en milieu infecté, il sera nécessaire de prolonger l'antibiothérapie.

En plus de 3 g d'amoxicilline une heure avant le geste opératoire, on complétera par 1 g toutes les 8 heures, soit 3 g par jour, sur plusieurs jours jusqu'à la guérison de la plaie opératoire :

- élimination de toute zone nécrotique suspecte,
- disparition de toute fétidité,
- disparition d'un œdème périmaxillaire.

Le contrôle de la température devra indiquer un retour à la normale, sinon l'orthopédiste sera consulté.

Reproduit avec l'aimable autorisation du Bulletin de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

(Le rapport fait à l'Académie peut être consulté sur le site www.academiedentaire.org)

Auteurs :

Académie nationale de chirurgie dentaire

Commission de l'exercice professionnel et Groupe de réflexion

Pr Michel Guillain,

ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Prs Bernard Tomeno et Jean-Pierre Courpied,

chirurgiens orthopédistes

Pr Yves Commissionat,

ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

Dr Florine Boukhobza,

membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

N. Al-Zriqat,

docteur en chirurgie dentaire

ANTIBIOTHÉRAPIE - SCHÉMA DE PRESCRIPTION

Recommandations selon les conférences de consensus de 1992 et 2002 sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Pas d'allergie aux β lactamines	Amoxicilline	3g per os Prise unique dans l'heure précédant le geste
Allergie aux β lactamines	Pristinamycine ou Clindamycine	1 g per os 600 mg per os Prise unique dans l'heure précédant le geste