

Texte rédigé par
Michelle Bourassa,
DMD, M.Sc. (pharm),
dentiste généraliste
pratiquant à Québec.

Révision :
Steve Tremblay,
DMD, MSD, M.Sc.,
FRD(C), C.S. (ODQ).
Faculté de médecine
dentaire, Université
Laval, et Stéphanie
Caron, B. Pharm.,
M.Sc.

Texte original soumis
le 27 mars 2006.

Texte final remis
le 24 octobre 2006.

L'utilisation des antibiotiques en médecine dentaire

Les micro-organismes buccaux peuvent être responsables d'infections locales qui résultent de la rupture de l'équilibre écologique de la flore bactérienne normale. Le traitement repose sur une intervention locale parfois associée à une antibiothérapie, l'agent de choix étant la pénicilline V. Aussi, une dissémination de ces mêmes bactéries peut induire une endocardite bactérienne et l'amoxicilline est à préconiser pour la prophylaxie. Cet article présentera, dans un premier temps, un aperçu de la flore bactérienne normale, puis traitera de la présentation clinique et du traitement des infections les plus fréquemment rencontrées. Dans un deuxième temps, il sera question de la prévention de l'endocardite bactérienne.

La cavité buccale recèle une population complexe et diversifiée de micro-organismes vivant selon un système écologique bien développé. Lorsque l'équilibre est rompu, certaines espèces habituellement non pathogènes peuvent devenir des pathogènes très sérieux. Les différents tissus de la cavité buccale peuvent être le lieu d'une infection associée à une gravité variable. Ils peuvent aussi offrir une porte d'entrée permettant la dissémination de micro-organismes buccaux et ainsi favoriser l'installation d'infections à distance telle l'endocardite bactérienne associée à une morbidité et une mortalité élevées. La figure 1 présente un bref rappel de l'anatomie dentaire et des structures avoisinantes¹.

L'environnement buccal normal est peuplé d'une très grande diversité de micro-organismes, dont, entre autres, des bâtonnets et coques anaérobies facultatifs Gram positif et Gram négatif, des bâtonnets et coques anaérobies stricts Gram positif et Gram négatif, des spirochètes, des levures, des champignons, des mycoplasmes et possiblement des virus, tels que *Herpes simplex*²⁻⁷. Jusqu'à maintenant, plus de 500 espèces bactériennes ont été répertoriées par différents auteurs^{4,6}.

Les streptocoques (*S. oralis*, *S. sanguinis*, *S. salivarius* et *S. mitis*) représentent environ la moitié de la population bactérienne des surfaces muqueuses, parfois accompagnés de bactéries des genres *Neisseria*, *Haemophilus*, *Veillonella* ainsi que plusieurs espèces anaérobies (*Bacteroides*, *Fusobacterium spp.*, *Peptococcus* et *Peptostreptococcus*)^{6,8}. Des bactéries provenant d'autres niches intrabuccales peuvent aussi coloniser les muqueuses, par exemple *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *A. actinomycetemcomitans*, *E. corrodens* et des spirochètes⁶.

Les surfaces dentaires constituent aussi un habitat normal pour les *S. sanguinis*, *S. mutans* ainsi que pour *Actinomyces viscosus*⁷. Le sulcus gingival abrite en plus grande quantité les espèces de *Fusobacterium*, de *Prevotella* pigmentés et de spirochètes anaérobies⁷. Les bâtonnets anaérobies Gram négatif se retrouvent principalement dans l'espace sous-gingival et constituent environ 25 % de la flore normale de la cavité buccale⁶.

Infections odontogènes

Étiologie

Les infections odontogènes sont généralement d'origine polymicrobienne. Selon les auteurs, le nombre d'espèces

isolées par infection varierait de 1 à 10 pour une moyenne de quatre environ^{7,9}. Les bactéries les plus fréquemment impliquées proviennent des familles de bactéries anaérobies Gram négatif, de quelques bactéries anaérobies Gram positif et d'une combinaison de bactéries aérobies Gram négatif et Gram positif de la flore normale⁷. Les organismes responsables sont le plus souvent des streptocoques (*S. oralis*, *S. sanguinis* et *S. mitis*), *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Prevotella* (pigmenté et non pigmenté), *Porphyromonas* et *Bacteroides*³. Lors d'infections purulentes et d'abcès, des streptocoques du groupe *anginosus* sont souvent isolés⁸. Les membres du groupe *salivarius* sont capables de produire, in vitro, des lésions de type carieux. Quant à ceux du groupe *mutans*, une association étiologique a été clairement démontrée dans les caries dentaires^{7,8}. En plus de leur rôle dans la carie, les abcès et les endocardites bactériennes, les streptocoques tiendraient un rôle de plus en plus reconnu dans les infections odontogènes chez les patients immunocompromis et les neutropéniques⁸.

Dans une proportion qui s'élève jusqu'à 30 % des infections secondaires à une lésion carieuse, les bactéries les plus fréquemment isolées proviennent aussi du même groupe de streptocoques, soit *S. oralis*, *S. sanguinis* et *S. mitis*^{3,10}. Une bactérie de l'espèce *Bacteroides fragilis* a été retrouvée dans 5 % à 10 % des cas d'infections pulpaires, d'infections buccofaciales odontogènes et des bactériémies secondaires à des extractions dentaires³. Des coques anaérobies (*Peptostreptococcus* et *Veillonella*), des isolats de *Prevotella* et *Porphyromonas*, des membres de l'espèce *Prevotella buccalis* ainsi que des espèces de *Fusobacterium* ont été cultivés dans une proportion de 20 % à 50 % d'infections buccodentaires. Des staphylocoques et *Eikenella corrodens* ont été retrouvés dans environ 15 % des cas d'infections touchant les espaces péri-mandibulaires³.

Les infections parodontales peuvent généralement être imputées à un bon nombre d'espèces bactériennes déjà présentes dans le sulcus gingival. Lorsque placées sous l'influence de certains facteurs (composition de la salive, alimentation, etc.), leur nombre et leur proportion augmentent jusqu'au double et brise ainsi l'équilibre de l'écosystème associé à une bonne santé du parodonte^{7,8}. Les bactéries les plus souvent incriminées dans ce cas sont : *P. gingivalis*, *T. forsythia*, *P. denticola*, *P. intermedia*, *P. micros*,

A. actinomycetemcomitans, *W. recta*, *E. corrodens* et des spirochètes^{7,11}. Dans le cas particulier de la parodontite agressive, *A. actinomycetemcomitans* et *Capnocytophaga* sont les principales espèces colonisant la plaque sous-gingivale pathologique⁷.

Comme il est possible de le constater, une combinaison de bactéries de types aérobie et anaérobie sont souvent impliquées dans les infections buccodentaires. Certains auteurs vont jusqu'à affirmer que les bactéries anaérobies prédominent dans un ratio de 2 pour 1¹⁰. De façon générale, les infections de type cellulite sont plus souvent associées à des agents pathogènes aérobie et anaérobies, alors que les abcès sont le plus souvent caractérisés par la présence de bactéries anaérobies¹⁰.

Pathophysiologie des infections les plus courantes

Les infections buccodentaires peuvent se présenter sous différentes formes compte tenu de la région et des tissus atteints. Le plus souvent, elles prennent la forme de caries dentaires, puis d'infections pulpaires, parodontales, périoronaires ou postopératoires¹⁰. Les patients peuvent se présenter avec de la douleur localisée ou régionale, de l'érythème, de l'œdème et de la difficulté à mastiquer. Plus rarement, ces plaintes peuvent s'accompagner de trismus, de lymphadénopathies, de difficultés à avaler ou à respirer, d'hypotension, de fièvre ou d'une élévation du décompte leucocytaire⁹. Pour les besoins de cet article, nous nous limiterons aux manifestations cliniques des infections les plus courantes.

Cas clinique n° 1

Mathilde, huit ans, se présente au cabinet dentaire pour une douleur et une bosse sur la gencive au-dessus de sa centrale supérieure gauche. Il y a cinq jours, une sensibilité s'est fait sentir et de la rougeur est apparue à cet endroit. Depuis, une bosse et de la douleur ont surgi et sont devenues importantes au point d'empêcher son hygiène buccale. Il y a deux jours, Mathilde était léthargique et sa mère l'a conduite à la clinique sans rendez-vous. Le médecin a diagnostiqué un abcès de la gencive et lui a prescrit de la cloxacilline 250 mg aux six heures avec de l'ibuprofène pour réduire la douleur et la fièvre. Malgré une excellente fidélité à son traitement, l'état de sa gencive ne s'est pas amélioré au cours des dernières 48 heures. Pourquoi ?

Infections dento-alvéolaires

Ce groupe d'infections inclut les caries, les pulpites réversibles, les pulpites irréversibles et les abcès périapicaux accompagnés parfois d'un trajet fistuleux. Seules ces deux dernières situations nécessitent parfois une antibiothérapie et seront donc décrites.

Abcès périapical

Lorsqu'une lésion carieuse n'est pas traitée, les bactéries peuvent infiltrer la chambre pulpaire et entraîner une inflammation aiguë de la pulpe. Sans intervention appropriée, la nécrose de la pulpe ainsi que la présence de colo-

nies bactériennes et de cellules inflammatoires favoriseront la formation de pus. Celui-ci aura tendance à extruder dans la région apicale pour former un abcès⁷. La progression du processus infectieux dans l'os entraînera une douleur grave, spontanée et constante. Toute manipulation de la dent induit une douleur extrême rendant la mastication parfois impossible^{7,9}.

Trajet fistuleux

Parfois, la dégénérescence inflammatoire de la pulpe et des tissus adjacents à la racine n'est accompagnée que de symptômes mineurs et peut même passer inaperçue. Le processus infectieux évolue lentement avec la formation de pus. L'amas purulent progresse à travers l'os et les tissus mous en suivant un trajet de moindre résistance pour atteindre la surface muqueuse. L'emplacement de la dent en relation avec les attaches musculaires sera un facteur déterminant à savoir si le trajet fistuleux s'établira intra-oralement ou extra-oralement. Au moment de l'examen, la douleur et l'œdème seront généralement absents du tableau clinique. Seulement 50 % des patients se souviendraient d'avoir eu une douleur dentaire passagère précédant l'apparition de la fistule⁹. L'extension du processus peut atteindre des espaces péripharyngés, ce qui devient une complication très sérieuse et peut causer un blocage partiel ou complet des voies respiratoires¹².

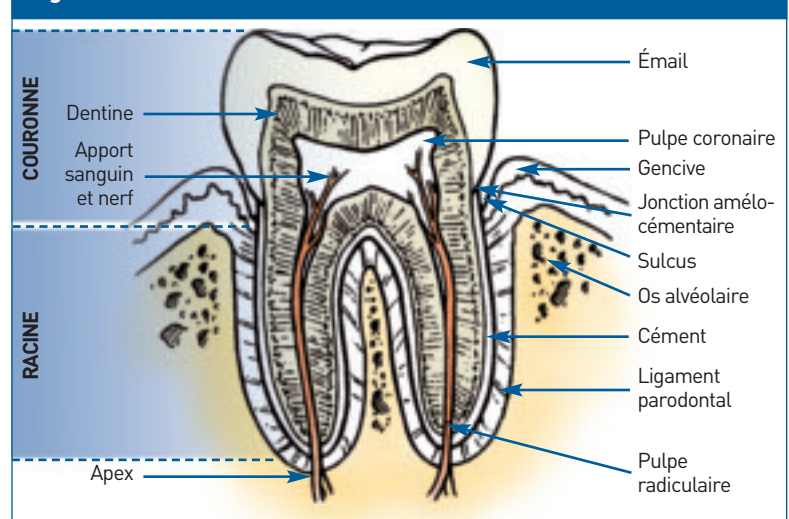
Infections parodontales

Un bon nombre de maladies parodontales sont connues et imputables à la présence de micro-organismes. D'une façon très marquée, l'infection du parodonte constitue la plus fréquente de toutes les infections de la bouche¹³. La classification des maladies parodontales est complexe et, pour les besoins de cet article, les infections parodontales seront simplifiées en parodontite, parodontite agressive, abcès gingival et parodontal.

Parodontite

La parodontite est caractérisée par l'inflammation des gencives accompagnée d'une perte de tissu de soutien de la

Figure 1 : Anatomie d'une molaire¹



Chez la plupart
des patients
immuno-
compétents,
la majorité des
infections
odontogènes
de légères
à modérées sont
bien traitées par
la pénicilline^{10,14,17}.

dent (composé de ciment, de l'os alvéolaire et du ligament parodontal). Elle est la plupart du temps silencieuse, mais l'examen clinique permet de détecter la présence de plaque et de tartre supra et sous-gingivaux. Parfois du pus peut être retrouvé dans la poche parodontale^{7,9}.

Abcès gingival / parodontal

Un abcès gingival ou parodontal est un gonflement douloureux de la gencive. La distinction entre les deux types se fait principalement par la localisation sur la gencive. Cette infection survient souvent à la suite de l'introduction d'un corps étranger (écaille de maïs soufflé, d'arachide, pièce de soie de brosse à dents, etc.) dans la crevasse gingivale ou encore après l'utilisation inappropriée d'un appareil d'irrigation parodontal. L'abcès peut drainer par la crevasse gingivale même ou encore par un trajet fistuleux de la gencive en marge de la dent. La douleur peut être aiguë (surtout si gingivale) ou chronique. La dent affectée peut aussi être très sensible lors de la mastication.

Parodontite agressive

Dans cette condition, qui se produit chez les adolescents, il y a une perte osseuse rapide, souvent dans la région des molaires mais non exclusivement. Le tartre est généralement absent et la plaque, minime. Bien que l'espèce *Actinobacillus actinomycetemcomitans* colonise fréquemment la plaque sous-gingivale, son rôle précis et l'étiologie exacte demeurent encore inconnus⁷.

Autres types d'infections

Péricoronite

La péricoronite est une réaction inflammatoire qui, la plupart du temps, est associée à une troisième molaire mandibulaire partiellement éruptée. La muqueuse recouvrant la dent (appelée opercule) devient une niche où peuvent s'accumuler des débris alimentaires et où la prolifération bactérienne est favorisée⁷. Le patient se plaint généralement de douleur, de malaise et, si la condition s'aggrave, de fièvre, de trismus, de difficulté à avaler et il peut présenter des lymphadénopathies. Un abcès peut être visible sur le versant buccal ou lingual de la dent impliquée. Une intervention rapide est indiquée, sinon l'infection peut progresser dans les espaces péripharyngés et mettre la vie du patient en danger^{9,12}.

Cellulite

Une infection pulpaire, parodontale ou une péricoronite peuvent s'étendre aux tissus mous environnants et causer une cellulite surtout chez les patients immunocompromis. Les tissus de la région atteinte deviennent indurés et oedématisés. Ces signes s'accompagnent de douleur, de malaise, de lymphadénopathies, de trismus et de fièvre⁹.

Indications pour l'utilisation d'un antibiotique

Idéalement, la première mesure à instaurer est d'ordre dentaire et vise à perturber l'environnement microbien en voie d'installation¹⁴. Cette mesure s'avère suffisante pour de nombreux processus pathologiques. En présence d'une accumulation de pus, la modalité la plus importante consiste à pratiquer un drainage suivi d'un débridement des

tissus nécrotiques¹⁰. Le plus souvent, les traitements endodontiques ou les traitements parodontaux (curetage et surfaçage) sont à préconiser pour assurer une guérison¹⁴. Les antibiotiques complètent l'action de ces interventions dentaires, mais ne les remplacent pas¹⁵. Leur usage de routine a même été prouvé inefficace et cette pratique devrait être considérée comme inappropriée⁹. Le pus doit d'abord être éliminé pour permettre une meilleure efficacité du système immunitaire⁹. Le rôle des antibiotiques est alors de limiter la progression de l'infection, d'éviter son extension aux tissus environnants et de prévenir une dissémination hémato-logique^{10,14}.

La douleur seule, accompagnée ou non d'enflure localisée, ne constitue pas une base suffisante pour justifier la prescription d'un antibiotique dans la mesure où une intervention dentaire peut être effectuée de façon imminente¹⁴. Des signes cliniques tels qu'un trismus, de la fièvre supérieure à 38,5 °C, un malaise généralisé et une lymphadénopathie peuvent être des indicateurs d'une expansion du processus infectieux¹⁴. Des difficultés à avaler ou à respirer peuvent être la manifestation d'une infection très grave où il peut y avoir extension dans les espaces extra-buccaux. Dans une telle situation, il est urgent d'avoir recours à une antibiothérapie empirique et de consulter un spécialiste¹⁴.

Choix d'un antibiotique

Le tableau 1 présente les choix recommandés d'antibiotiques pour quelques infections de la sphère buccodentaire^{10,12,14,16-18}. Pour les pathologies présentées dans ce tableau qui n'ont pas été discutées plus haut, nous référons les lecteurs à des textes spécialisés dans le domaine, tel que l'article de Peterson et Thompson³. La famille d'antibiotiques associée aux meilleurs résultats cliniques demeure les pénicillines^{10,12}. La pénicilline V, la pénicilline G et l'amoxicilline seule ou en association avec l'acide clavulanique sont les agents les plus souvent préconisés. La pénicilline V en monothérapie demeure l'agent de choix^{10,14,17}. Des résultats cliniques favorables ont été obtenus et s'expliqueraient par son action bactéricide sur les bactéries aérobies Gram positif et les bactéries anaérobies qui se retrouvent dans les abcès alvéolaires et parodontaux ainsi que dans les pulpes nécrosées. Bien entendu, la pénicilline V est indiquée par voie orale, alors que la pénicilline G est réservée à la voie parentérale. Chez la plupart des patients immunocompétents, la majorité des infections odontogènes de légères à modérées sont bien traitées par la pénicilline^{10,14,17}. L'ajout de métronidazole peut aider à éradiquer les bactéries anaérobies à pigmentation noire sur lesquelles la pénicilline n'a généralement pas d'effet¹⁷. L'amoxicilline procure de bons résultats dans le traitement des infections mixtes à bactéries anaérobies Gram positif et négatif retrouvées dans certaines maladies parodontales. Son association à l'acide clavulanique est avantageuse contre plusieurs bactéries productrices de β -lactamases¹⁰. Lors d'allergie confirmée à la pénicilline, les solutions de rechange deviennent les macrolides ou encore la clindamycine¹⁷. En cas de résistance à la pénicilline, on peut considérer trois options, soit l'association amoxicilline et acide clavulanique ou la clindamycine, ou encore l'association ciprofloxacine et métronidazole^{12,17}.

Quant aux céphalosporines, seules celles de la première génération (céphalexine, céfadroxil) couvrent un spectre permettant d'atteindre les bactéries impliquées dans les infections buccodentaires¹⁴. Malgré que leur activité directe soit limitée contre les bactéries anaérobies, leur efficacité proviendrait de leur capacité à détruire les bactéries aérobies. Ces dernières seraient responsables de la réduction de l'oxygène du milieu favorisant ainsi la croissance des bactéries anaérobies. Leur destruction ramènerait un degré d'oxygénation des tissus mous incompatibles avec la survie des anaérobies^{10,17}.

Depuis leur arrivée sur le marché, la clarithromycine et l'azithromycine sont devenues les macrolides retenues pour les infections buccodentaires, délogant l'érythromycine comme solution de rechange à la pénicilline. Elles restent des options alternatives à la pénicilline parce qu'une résistance peut être acquise par les bactéries visées, que leur activité est souvent bactériostatique plutôt que bactéricide et que leur capacité à éradiquer les infections buccodentaires est légèrement inférieure à celle de la pénicilline. Toutefois, elles sont reconnues comme étant des options acceptables lors d'allergie à la pénicilline^{10,17}.

La plupart des bactéries aérobies et anaérobies de la cavité buccale font partie du spectre de la clindamycine sauf *Eikenella corrodens*^{16,17}. Elle est indiquée dans le traitement des infections impliquant les tissus osseux, telles les ostéomyélites et l'ostéite purulente, et de toute autre infection causée par des espèces du genre *Bacteroides* ou d'autres espèces ne pouvant être éradiquées par la pénicilline ni les macrolides¹⁰. Certains auteurs sont d'avis que la clindamycine induirait la colite pseudomembraneuse plus fréquemment que la pénicilline^{14,16}. Selon eux, son utilisation devrait être réservée au traitement des infections buccodentaires chez les patients allergiques à la pénicilline, des infections causées par des bactéries anaérobies qui sont à un stade plus avancé dans le processus infectieux et des infections chroniques^{10,12,14}.

Les tétracyclines obtiennent des concentrations élevées dans le sulcus gingival, surtout la minocycline¹⁰. Elles peuvent donc aider à éradiquer certaines bactéries pathogènes impliquées dans les maladies parodontales^{11,16}. L'activité des collagénases est aussi inhibée en présence de tétracyclines, ce qui permet de limiter la destruction tissulaire par les micro-organismes en place^{8,11}. Les tétracyclines, soit la tétracycline, la minocycline et la doxycycline, peuvent donc jouer un rôle favorable dans le traitement de certaines maladies parodontales¹⁶.

Le métronidazole a un spectre antibactérien étroit limité aux micro-organismes anaérobies stricts tels que *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Eubacterium*, *Fusobacterium*, *Veillonella*, *Clostridium*, *Treponema*, *Peptococcus* et *Peptostreptococcus*^{14,16,17}. Le métronidazole, utilisé seul, peut être indiqué pour traiter la gingivite ulcéronécrosante aiguë^{10,11}. La parodontite agressive débutante peut être traitée efficacement par son association à l'amoxicilline¹¹. Pour le traitement d'infections parodontales plus avancées, les résultats thérapeutiques sont plus favorables s'il est associé à un autre antibiotique, soit à l'amoxicilline seule ou en association à l'acide clavulanique, à une tétracycline, un macrolide ou encore une quinolone^{10,11}. Le métronidazole est aussi reconnu efficace contre *B. fragilis* qui peut être en cause lors d'infection post-traumatique de la mâchoire¹⁴.

Les quinolones, dont le spectre atteint des bactéries aérobies strictes et aérobies facultatives pouvant être impliquées dans les infections de la sphère orale, ont été étudiées dans quelques situations cliniques. Lorsque des espèces de *Pseudomonas* sont impliquées, on pourrait envisager un agent de cette classe¹⁷. L'association de ciprofloxacine et de métronidazole a donné des résultats favorables dans le traitement de parodontites associées à des bacilles anaérobies et à *A. actinomycetemcomitans* et pourrait être une solution de rechange à l'association amoxicilline/métronidazole chez les patients allergiques à la pénicilline^{11,14}. Des études plus poussées permettraient de mieux préciser leur place dans l'arsenal thérapeutique des infections buccodentaires.

Dose et durée de traitement

Vous trouverez au tableau II les doses adultes recommandées pour les antibiotiques utilisés par voie orale dans les infections buccodentaires^{15,16,19}. Des principes de base s'ap-

Tableau I : Quelques infections de la sphère buccodentaire et les traitements recommandés^{10-14,16-18}

ANTIBIOTIQUES		
	Premier choix	Autres options
Infections dento-alvéolaires et des tissus mous : <ul style="list-style-type: none"> ■ Abcès périapical ■ Pulpite suppurative aiguë ■ Infection post-traumatique ou post-chirurgicale ■ Péricoronite avec cellulite, malaise ou fièvre ■ Ostéite purulente ■ Angine de Ludwig ■ Infection des muqueuses ■ Infection des glandes salivaires majeures ■ Fistule oro-nasale avec sinusite 	Pénicilline V (voie orale) Pénicilline G (voie parentérale)	Amoxicilline Macrolides Céphalosporines 1 ^{re} génération Clindamycine Ciprofloxacine et métronidazole
Infections parodontales : <ul style="list-style-type: none"> ■ Abcès parodontal ■ Parodontite agressive ■ Gingivite ulcéronécrosante 	Amoxicilline Métronidazole-amoxicilline Métronidazole	Amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporines, macrolides, clindamycine Tétracyclines Macrolides, amoxicilline, tétracyclines
Situations particulières : <ul style="list-style-type: none"> ■ Actinomycose ■ Micro-organisme résistant à la pénicilline (β-lactamase +) 	Pénicilline Amoxicilline avec acide clavulanique	Clindamycine ou macrolide Macrolides, clindamycine
<ul style="list-style-type: none"> ■ Anaérobies Gram+ et Gram-réfractaires à la pénicilline 	Clindamycine	Clarithromycine, métronidazole, tétracyclines, céphalosporines

**Un traitement
d'une durée totale
de cinq à sept
jours serait
généralement
suffisant pour
traiter la majorité
des infections
buccodentaires
aiguës^{10,14}.**

pliquent aussi bien au traitement des infections odontogènes qu'à celui de toute autre infection. Tout d'abord, la dose de l'antibiotique doit être suffisante pour l'atteinte de concentrations efficaces dans les tissus infectés, de façon à obtenir l'activité antibactérienne désirée et aussi de prévenir les phénomènes de résistance. Une dose de charge peut réduire le temps requis pour l'atteinte des concentrations thérapeutiques¹⁴.

Concernant l'efficacité de la pénicilline V prescrite aux 12 heures, il est à souligner que les preuves scientifiques existent seulement pour le traitement de la pharyngite à streptocoque β -hémolytique du groupe A. Donc, pour toutes les autres infections, y compris celles de la sphère buccodentaire, l'intervalle posologique aux six heures demeure indiqué.

Dans le traitement des abcès parodontaux avec atteinte systémique, l'American Academy of Periodontology recommande l'amoxicilline à raison de 1 g la première dose suivie de 500 mg trois fois par jour pour trois jours. En présence d'allergie aux β -lactames, le choix devrait se porter sur l'azithromycine (1 g au jour 1 suivi de 500 mg aux jours 2 et 3) ou la clindamycine 600 mg à la première dose suivie de 300 mg aux six heures pour compléter les trois jours. Un suivi rigoureux s'impose pour évaluer la nécessité de poursuivre la thérapie au-delà de trois jours¹⁶.

Une réponse clinique favorable devrait se manifester dans une période de 48 à 72 heures après le début du traitement. En l'absence de réponse après 48 heures, certains auteurs recommandent l'ajout de métronidazole pour le reste de la durée prévue du traitement. D'autres suggèrent plutôt de passer à la clindamycine¹⁴. Pour les patients immunocompétents, il est recommandé de poursuivre l'antibiothérapie pendant trois jours après la résolution des symptômes. Un traitement d'une durée totale de cinq à sept jours serait généralement suffisant pour traiter la majorité des infections buccodentaires aiguës^{10,14}. Les infections parodontales, pour leur part, nécessitent une durée de traitement de 8 jours et de 21 jours lorsque la tétracycline est prescrite^{8,16}. Une durée plus longue devrait être prévue pour les infections graves ainsi que pour celles survenant chez un patient immunocompromis¹⁴.

Cas clinique n° 1 (suite)

Lors de la visite de Mathilde, le dentiste ne relève aucun signe systémique d'infection. Par contre, un œdème de la gencive est bien visible. Après les examens d'usage, le diagnostic du dentiste est un abcès parodontal. Le traitement se fait sous anesthésie locale et consiste en un drainage de l'abcès et un débridement local suivis d'une irrigation. De la plaque dentaire est retirée du sulcus accompagnée d'un morceau d'écaillé de maïs soufflé. D'ailleurs, Mathilde se souvient que sa douleur avait débuté peu de temps après avoir mangé du maïs soufflé en accompagnant son père au cinéma. La cloxacilline pourra être cessée et des mesures d'hygiène dentaire strictes seront à favoriser pour que la guérison se complète rapidement.

Antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne

L'endocardite bactérienne est une infection associée à un risque élevé de morbidité et de mortalité²⁰. Sa prévalence se situe environ entre 15 et 30 cas par million par an. Chez 15 % à 20 % des personnes atteintes, des traitements dentaires auraient précédé l'apparition de l'infection et 75 % de ces patients seraient porteurs d'une anomalie cardiaque²¹. Depuis des décennies, la prophylaxie primaire est une mesure recommandée dans la prévention de cette infection^{20,22,23}.

L'endocardite bactérienne survient plus fréquemment chez des patients porteurs d'une anomalie cardiaque sous-jacente et chez qui se produit une bactériémie à un micro-organisme potentiellement pathogène^{19,20}. Lors de manipulation de tissus buccaux, sains ou infectés, une bactériémie peut être induite²⁰. Celle-ci est généralement de faible amplitude et transitoire, soit de 15 à 50 minutes selon les auteurs²⁴. Les épisodes de bactériémies induites par des activités quotidiennes (brossage, passage de la soie, mastication d'aliments durs) seraient de courte durée et sans conséquence chez des individus en bonne santé. Par contre, en présence de caries ou de maladies parodontales, la bactériémie serait plus soutenue et plus souvent la cause d'endocardite chez les personnes âgées¹². Une fois dans la circulation systémique, les bactéries adhèrent aux surfaces irrégulières ou endommagées de l'endothélium et induiraient le processus infectieux²⁰.

Environ 80 % des endocardites bactériennes sont causées par des coques Gram positif : streptocoques et staphylocoques, dont 50 % par des streptocoques α -hémolytiques, *S. sanguinis* et *S. mitis*²⁵. Les micro-organismes les plus fréquemment reliés à des interventions dentaires sont de la famille des streptocoques et sont la cible de l'antibioprophylaxie^{20,22}.

Cas clinique n° 2

Mme Dorion, 57 ans, a besoin d'une chirurgie gingivale avant la mise en place de couronnes. Son histoire médicale révèle qu'elle a une hypertension maîtrisée par un diurétique et un IECA et qu'elle souffre d'une sténose mitrale avec régurgitation. Son dentiste vous interroge concernant l'antibioprophylaxie. Il vous demande quel agent utiliser et quelle dose serait appropriée avant et après l'intervention. Qu'en pensez-vous ?

Les recommandations actuelles visant l'antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne ont été publiées en 1997 dans la revue *JAMA*²⁰. Dans cet article, les auteurs spécifient que ce sont des lignes directrices qui doivent être complétées par le jugement clinique appliqué à chaque situation²⁰. L'article original prévoit quelques situations particulières et offre des solutions qui guident la conduite clinique pour ces cas. Par la suite, soit après deux ans d'expérience, dans un autre article, quelques membres du comité présentent leur opinion basée sur leur expertise clinique face à d'autres questions soulevées depuis l'émission des recommandations²⁶.

Parmi les éléments à considérer afin de déterminer l'indication d'une prophylaxie, on retrouve : la présence d'une anomalie cardiaque et son degré de risque relatif à l'installation d'une endocardite, la présence d'un risque de bactériémie pouvant résulter de l'intervention dentaire planifiée, le potentiel d'effets indésirables de l'antibiotique à utiliser et le ratio coût-bénéfice du régime posologique choisi.

Certaines anomalies cardiaques semblent liées à un risque plus élevé de développer une endocardite dont la gravité est généralement marquée et la morbidité variable^{20,22}. Tel que l'indique le tableau III, les différentes atteintes ont été classées selon qu'elles étaient liées à un risque élevé, modéré ou négligeable^{20-23,27}. Selon les recommandations actuelles, l'antibioprophylaxie est à considérer pour les deux premières catégories compte tenu d'une incidence d'endocardite plus élevée que dans la population générale. La dernière catégorie étant associée à un risque comparable à celui de patients non porteurs d'anomalie cardiaque, l'indication de la prophylaxie n'est pas retenue^{20,22}.

Tel que déjà mentionné, un pourcentage élevé d'endocardites bactériennes a été imputé à des bactéries de la flore buccale²⁵. Alors, toute intervention favorisant leur passage dans la voie sanguine ou la voie lymphatique représente un risque plus grand chez un patient porteur d'une condition à risque élevé et modéré d'endocardite^{20,22}. Le tableau IV établit en première partie une liste de traitements dentaires pour lesquels l'antibioprophylaxie est indiquée et en deuxième partie celle où elle n'est généralement pas justifiée^{20-23,27,28}. Une bactériémie suffisante est à prévoir lors de toute intervention provoquant un saignement important des tissus mous ou durs, incluant les interventions parodontales, les surfaçages radiculaires et les nettoyages professionnels²⁰.

Modes de prophylaxie

Antiseptiques locaux

La charge bactérienne et l'ampleur de la bactériémie peuvent être réduites en rinçant la bouche avec un agent antibactérien avant les traitements dentaires chez les patients à risque de développer une endocardite²⁹. La chlorhexidine ou la providine peuvent être utilisées à raison de 15 mL à garder dans la bouche pendant 30 secondes puis à recracher. L'emploi de ces agents pour des irrigations gingivales est déconseillé, car la technique en elle-même peut induire des bactériémies³⁰. Leur utilisation prolongée est aussi à éviter, car des résistances bactériennes pourraient en résulter²⁹. Leur action est complémentaire à celle des antibiotiques systémiques²⁹.

Antibiotiques systémiques

Comme nous l'avons déjà mentionné, des espèces de streptocoques constituent la cible de l'antibioprophylaxie compte tenu qu'elles sont le plus souvent isolées dans les endocardites dont la source provient de la cavité buccale^{20,22}. Les antibiotiques recommandés et leur régime posologique sont présentés au tableau V^{20-23,27}. Il est à noter que la dose pédiatrique maximale correspond à la dose adulte recommandée.

Ses caractéristiques favorables, telles que son efficacité, son bon taux d'absorption après une prise orale et les concentrations plasmatiques atteintes qui sont supérieures

à la concentration minimale inhibitrice (CMI) des streptocoques pendant des périodes prolongées, confèrent une place de choix à l'amoxicilline pour cette indication^{20,22}. D'ailleurs, une étude menée par Lockhart et coll. a montré que l'amoxicilline avait un impact significatif sur l'inci-

Tableau II : Régimes posologiques recommandés chez l'adulte pour les antibiotiques utilisés par voie orale dans les infections de la sphère buccodentaire^{14,15,19}

Antibiotique	Régime posologique recommandé
Pénicilline VK	250 - 500 mg aux 6 heures
Amoxicilline	250 - 500 mg aux 8 heures
Amoxicilline et acide clavulanique	250 - 500 mg aux 8 heures
Métronidazole	250 mg aux 6 heures ou 500 mg aux 8 heures
Clindamycine	150 - 300 mg aux 6 heures
Clarithromycine	250 - 500 mg aux 12 heures
Azithromycine	500 mg X 1 dose puis 250 mg aux 24 heures X 4 doses
Tétracycline	250 - 500 mg aux 6 heures
Doxycycline	100 mg aux 12 heures X 24 heures puis 100 mg aux 12 à 24 heures
Minocycline	200 mg X 1 dose puis 100 mg aux 12 heures
Céphalexine	500 mg aux 6 heures
Ciprofloxacine	250 - 750 mg aux 12 heures

Tableau III

Conditions / anomalies pour lesquelles une prophylaxie EST recommandée (selon AHA*)^{20-23,27}

Risque élevé

- Prothèses valvulaires
- Antécédents d'endocardite
- Cardiopathie congénitale complexe cyanogène
- Conduits ou shunts chirurgicaux reliant la circulation générale et pulmonaire

Risque modéré

- La plupart des cardiopathies congénitales (autres que celles qui sont mentionnées ci-dessus et ci-après)
- Valvulopathies acquises
- Cardiomyopathie hypertrophique (I.H.S.S.)
- Prolapsus mitral avec épaissement des feuillets ou insuffisance mitrale confirmée par échographie

Conditions ou anomalies pour lesquelles une prophylaxie N'EST PAS recommandée (selon AHA*)^{20-23,27}

Risque négligeable

- Communication interauriculaire isolée de type *ostium secundum*
- Canal artériel ligaturé et communication interauriculaire ou intervention traitée par fermeture primaire, lorsqu'il s'est écoulé plus de six mois après l'intervention chirurgicale
- Prolapsus mitral sans insuffisance
- Fièvre rhumatismale antérieure sans séquelle valvulaire
- Maladie de Kawasaki antérieure sans séquelle valvulaire
- Souffles cardiaques bénins et physiologiques
- Pontages aortocoronariens
- Présence d'un stimulateur ou d'un défibrillateur interne

* American Heart Association

dence, la nature et la durée de la bactériémie après une intubation nasale, des restaurations et des extractions dentaires chez des enfants³¹.

Lors d'allergie à la pénicilline, le choix peut être porté vers la céphalexine si la réaction d'hypersensibilité n'est pas de type immédiat (locale ou systémique). Autrement, les solutions de rechange incluent les macrolides, l'azithromycine ou la clarithromycine par voie orale ou encore la clindamycine par voie orale ou intraveineuse²¹⁻²³.

L'incidence élevée d'effets indésirables gastro-intestinaux associés à la prise orale d'érythromycine ainsi que les nombreuses interactions médicamenteuses l'impliquant expliquent pourquoi cet antibiotique a été retiré des recommandations. Les auteurs des dernières recommandations sont d'avis que si dans le passé un patient a reçu de l'érythromycine sans avoir expérimenté de problème, il peut en recevoir de nouveau pour cette même indication²⁰.

Situations cliniques particulières

Apparition d'un saignement non anticipé

Occasionnellement, il peut se produire un saignement qui n'avait pas été anticipé pour une procédure donnée. Les

études sur modèle animal permettent de croire que l'administration d'un antibiotique pourrait apporter des bénéfices si elle est faite dans les deux heures qui suivent l'apparition du saignement et qu'il n'y aurait aucun avantage si quatre heures se sont déjà écoulées depuis le début de l'épisode³⁰. Cette mesure ne peut être encouragée que pour des situations d'urgence seulement. Une planification soignée des traitements demeure la meilleure conduite à tenir.

Qualité de l'hygiène buccale

Il est raisonnable de penser que des procédures habituellement non associée à un saignement peuvent provoquer un saignement important chez des patients dont l'hygiène buccale est déficiente. Dans de telles circonstances, le dentiste peut juger que le patient bénéficierait de l'antibioprophylaxie pour réduire le risque de développer une endocardite. Il est important que tous les professionnels de la santé encouragent les patients à risque à adopter de bonnes méthodes d'hygiène et à être assidus aux examens bucco-dentaires ainsi qu'aux nettoyages professionnels pour s'assurer du maintien de la santé buccale²⁰.

Ablation de sutures

La relation entre la possibilité d'une bactériémie produite par l'ablation de sutures et le développement d'une endocardite n'est pas établie. Si un saignement significatif est attendu lors du retrait des sutures (p. ex. : lors d'une chirurgie extensive), l'antibioprophylaxie peut être appropriée²⁶.

Interventions dentaires en série

Une période de 9 à 14 jours devrait être respectée de façon à permettre le rétablissement de la flore buccale^{20,21}. Si cet intervalle ne peut être respecté, il devrait y avoir une alternance entre l'amoxicilline (si possible) et un antibiotique d'une autre classe. Lorsque des interventions dentaires doivent être effectuées dans un intervalle très rapproché (p. ex., 12 à 24 heures), on pourrait employer le même antibiotique puisque le risque d'apparition d'une résistance bactérienne est faible²⁶.

Cas où une seconde dose pourrait être considérée

Deux situations se prêtent à l'administration d'une dose répétée de l'antibioprophylaxie : lors de deux séances de traitement dans la même journée et lorsque l'intervention se prolonge plus de quatre à six heures après l'administration de la première dose. L'azithromycine et la clarithromycine sont soustraites à ce principe puisque leur longue demi-vie leur procurerait une action prophylactique pendant toute cette période²⁶.

Patients recevant déjà un antibiotique

Certains auteurs favorisent l'utilisation d'un antibiotique d'une autre classe plutôt que d'augmenter la dose de celui en cours si ce dernier fait partie des recommandations actuelles^{20,21}. Une raison invoquée est que les patients recevant déjà un antibiotique de la classe des pénicillines pourraient être porteurs d'un streptocoque devenu résistant à la pénicilline²⁰. Dans le cas de traitements dentaires électifs, une autre option est de les reporter de 9 à 14 jours après la fin de l'antibiothérapie en cours²¹.

Tableau IV

Procédures dentaires pour lesquels une antibioprophylaxie EST recommandée (à risque de produire une bactériémie soutenue et à concentration élevée)^{20-23,27,28}

- Extractions dentaires
- Traitements parodontaux, y compris le détartrage, l'aplanissement de racine et le sondage parodontal
- Intervention chirurgicale pour mise en place d'implants et réimplantation de dents avulsées^a
- Chirurgie apicale; endodontie avec surinstrumentation à l'apex
- Mise en place de bandelettes imprégnées d'antibiotiques dans la crevasse gingivale
- Mise en place de bagues d'orthodontie, mais non pour les boîtiers
- Injections intraligamentaires
- Nettoyage et prophylaxie dentaires avec saignement gingival escompté

Procédures dentaires pour lesquelles une antibioprophylaxie N'EST PAS recommandée (bactériémie brève et à faible concentration bactérienne)^{20-23,27,28}

- Dentisterie de restauration conventionnelle (dentisterie opératoire et prosthodontie) avec ou sans la mise en place de corde à rétracter^b
- Endodontie sans surinstrumentation à l'apex
- Mise en place d'appareils amovibles
- Ajustements orthodontiques
- Anesthésie locale (sauf injections intraligamentaires)
- Ablation de sutures
- Installation de la digue^c
- Traitements de fluor
- Prise d'empreintes
- Prise de radiographies

* Le dentiste peut juger qu'une antibioprophylaxie est justifiée si l'acte prévu risque de causer un saignement important.

Notes :

a. Dent avulsée : dent complètement séparée de son alvéole lors d'un traumatisme.

b. Corde à rétracter : cordonnet qui peut contenir un astringent, qui se place dans la crevasse gingivale,

autour de la dent, pour dégager l'espace de façon à prendre une empreinte la plus parfaite possible.

c. Digue : pièce carrée de caoutchouc mince utilisée pour procurer un champ opératoire accessible et assurer une protection contre la contamination.

Intervention impliquant la manipulation de tissus buccaux infectés

Une dissémination bactérienne dans la voie sanguine peut résulter de toute manipulation de tissu infecté. Les incisions et les drainages de tissus buccaux infectés devraient donc être accompagnés d'une antibioprofylaxie ou même une antibiothérapie visant spécifiquement le pathogène le plus probable en cause dans le processus infectieux, particulièrement chez le patient porteur d'une condition cardiaque à risque élevé ou modéré²⁰.

Patients avec tuteur intracoronaire ou la réparation de malformations intracardiaques

Des membres du comité sont d'avis que ces patients ne sont plus des candidats à la prophylaxie en autant que six mois se soient écoulés depuis l'intervention et en l'absence de déficit hémodynamique résiduel²⁶. Dans le cas des tuteurs intracoronaires, la période considérée comme étant la plus critique pour le développement d'une infection locale correspond aux deux premières semaines suivant l'insertion²¹.

Patients de 45 ans et plus avec prolapsus mitral

Les hommes de plus de 45 ans porteurs d'un prolapsus mitral, même en l'absence de régurgitation devraient recevoir une antibioprofylaxie^{20,22}.

Tableau V : Antibioprofylaxie recommandée pour la prévention de l'endocardite bactérienne dans les interventions dentaires^{20-23,27}

	Médicament	Posologie
Régime standard	Amoxicilline	Adulte : 2 g po, 1 h avant l'intervention Enfant : 50mg/kg po, 1 h avant l'intervention
Allergie à la pénicilline	Clindamycine	Adulte : 600 mg po, 1 h avant l'intervention Enfant : 20 mg/kg, 1 h avant l'intervention
	Céphalexine	Adulte : 2 g po, 1 h avant l'intervention Enfant : 50 mg/kg po, 1 h avant l'intervention
	Azithromycine	Adulte : 500 mg po, 1 h avant l'intervention Enfant : 15 mg/kg po, 1 h avant l'intervention
	Clarithromycine	Adulte : 500 mg po, 1 h avant l'intervention Enfant : 15 mg/kg po, 1 h avant l'intervention
Voie orale impossible	Ampicilline	Adulte : 2 g IM ou IV, 30 min avant l'intervention Enfant : 50 mg/kg I.M. ou I.V., 30 min avant l'intervention
Voie orale impossible et allergie à la pénicilline	Clindamycine	Adulte : 600 mg IV, 30 min avant l'intervention Enfant : 20 mg/kg IV, 30 min avant l'intervention
	Céfazoline	Adulte : 1 g IM ou IV, 30 min avant l'intervention Enfant : 25 mg/kg IM ou IV, 30 min avant l'intervention

Cas clinique n° 2 (suite)

À la lumière des informations précédentes, compte tenu que Mme Dorion souffre d'une sténose mitrale grave, une exposition à une bactériémie la rend plus vulnérable à développer une endocardite. L'intervention gingivale planifiée et la préparation des dents en vue de couronnes risquent en effet de produire un saignement significatif. L'indication de l'antibioprofylaxie est donc claire. Il pourrait être judicieux de la part du dentiste de prévoir un délai de 9 à 14 jours entre les interventions et une prescription d'amoxicilline 2 g per os à prendre 1 heure avant ses rendez-vous avec cette patiente. De plus, il importe de faire un renforcement des mesures d'hygiène et de leur importance dans le contexte du problème valvulaire auprès de cette patiente.

Conclusion

L'indication de traiter une infection buccodentaire et le choix de l'agent, le cas échéant, devrait tenir compte des éléments suivants : l'étiologie mixte, la possibilité de synergie bactérienne, la nécessité de procéder à un traitement local (drainage, débridement) dès que possible. Lorsque des manifestations systémiques sont présentes, il y a indication urgente de débiter une antibiothérapie empirique, avant d'être en mesure de procéder à des prélèvements pour identification et sensibilité de la bactérie en cause. La pénicilline est la pierre angulaire du traitement de la majorité des infections buccodentaires. L'administration d'un antibiotique peut être à considérer en prévention de l'endocardite bactérienne subaiguë chez les patients porteurs de conditions à risque élevé et modéré devant subir des procédures dentaires associées à un saignement significatif. L'amoxicilline est l'antibiotique de choix dans ce cas.

Références

- Bourassa M.** Chapitre 57 : Teething. Dans : Patient Self Care, Helping patients make therapeutic choices. 1^e éd. Ottawa : Canadian Pharmacists Association, 2002; p. 749.
- Lockhart PB, Durack DT.** Oral microflora as a cause of endocarditis and other distant site infections. *Inf Dis Clin N Am* 1999; 13(4): 833-850.
- Peterson LR, Thomson RB Jr.** Oral Infection - Use of the clinical microbiology laboratory for the diagnosis and management of infectious diseases related to the oral cavity. *Inf Dis Clin N Am* 1999; 13(4): 775-795.
- Gendron R, Grenier D, Maheu-Robert LF.** La cavité buccale : une source de bactéries pathogènes pour les infections à distance. *JDQ* 2000; 37 : 257-265.
- Barsotti O.** Chapitre 1 : Les agents microbiens. Dans : Microbiologie en odonto-stomatologie, éd Maloine. Paris, 2006; 129 p.
- Gracieux P, Robert JC, Bonnaure-Mallet M.** Chapitre 2 : Écosystème buccal. Dans : Microbiologie en odonto-stomatologie, éd Maloine, Paris, 2006; 165 p.
- Chow AW.** Epidemiology, pathogenesis and clinical manifestations of odontogenic infections, UpToDate. Consulté le 20 mars 2006.
- Schuster G.** Oral flora and pathogenic organisms. *Inf Dis Clin N Am* 1999; 13(4) : 757-773.
- Dirks SJ, Terezhalmay GT.** The patient with an odontogenic infection. *Quintessence Int* 2004; 35 (6) : 482-502.
- Montgomery EH.** Antimicrobial Agents in the Prevention and Treatment of Infection. Dans Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Pharmacology and Therapeutics for Dentistry*. 4^e éd. St-Louis : Mosby; 1998. p. 634-43.
- Slots J, Ting M.** Systemic antibiotics in the treatment of periodontal disease. *Periodontol* 2000 2002; 28 : 106-176.
- Chow AW.** Complications, diagnosis and treatment of odontogenic infections, UpToDate. Consulté le 20 mars 2006.
- Picard D.** Pourquoi et comment dépister la plus fréquente des infections buccales? *Le Médecin du Québec* 39(7); 2004 : p. 51.

14. **Swift JQ, Gulden WS.** Antibiotic therapy-managing odontogenic infections. *Dental Clin N Am* 2002; 46 : 623-33.
15. **Philstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW.** Periodontal diseases. *Lancet* 2005; 366 : 1809-20.
16. **American Academy of Periodontology.** Position Paper, Systemic Antibiotics in Periodontics. *J Periodontol* 2004; 75 : 1553-1565.
17. **Goldberg M.** Antibiotics-old friends and new acquaintances. *Oral and Max Surg Clin N Am* 2001;13(1) : 15-30.
18. **Bourassa M.** Douleur dentaire, est-elle d'origine infectieuse? *Le médecin du Québec* 39(7); 2004 : p. 71.
19. **Bourassa M.** Douleur dentaire, est-elle d'origine infectieuse? *Le médecin du Québec*, 39(7); 2004; p. 73.
20. **Dajani AS, Taubert KA, Wilson W et coll.** Prevention of Bacterial Endocarditis, Recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 11 juin 1997; vol. 277, no 22 : 1794-1801.
21. **Tong DC, Rothwell BR.** Antibiotic prophylaxis in dentistry: A Review and Practice recommendations. *J.A.D.A.*; vol 131, Mars 2000 : 366-374.
22. **Press N, Montessori V.** Prophylaxis for infective endocarditis, Who needs it? How effective is it? *Can Fam Physician* Nov 2000; vol. 46 : 2248-2255.
23. **Taubert K, Dajani AS.** Optimisation of the Prevention and Treatment of Bacterial Endocarditis. *Drugs & Aging* 2001; 18(6) : 415-424.
24. **Pallasch TJ.** Antibiotic prophylaxis: problems in paradise. *Dent Clin N Am* 2003; (47) : 665-679.
25. **Jeanne S.** Section : Les infections bactériennes à porte d'entrée buccale, du chapitre 3 : Microbiologie clinique dans : *Microbiologie en odonto-stomatologie*, éd Maloine, Paris; 2006 : 304-315.
26. **Pallasch TJ, Gage TW, Taubert KA.** The 1997 prevention of bacterial endocarditis recommendations by the American Heart Association: questions and answers. *CDA journal* 1999; 27(5) : 393-9.
27. **Bourassa M.** Le patient nécessitant une antibioprofylaxie contre l'endocardite bactérienne ou sous anticoagulothérapie orale chez le dentiste. *Le médecin du Québec*; 39(7) : 77-87.
28. **Lemieux B.** Dictionnaire des termes de médecine dentaire en usage au Québec. *Beaupré. Consultants BL*, 2001; 186 p.
29. **Lockhart PB.** The risk for endocarditis in dental practice. *Periodontol* 2000 2000 ; vol 23 : 127-135.
30. **Carmona IT, Dios PD, Scully C.** An update on the controversies in bacterial endocarditis of oral origin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93 : 660-70.
31. **Lockhart PB, Brennan MT, Kent L et coll.** Impact of amoxicillin prophylaxis on the incidence, nature and duration of bacteremia in children after intubation and dental procedures. *Circulation* 2004; 109 : 2878-2884.

Québec Pharmacie

Formation
continue

Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 46

- 4) **Au sujet de l'étiologie des infections buccales, laquelle des affirmations suivantes est vraie ?**
 - A La cavité buccale abrite principalement des organismes aérobies Gram positif.
 - B Les infections parodontales sont surtout associées à *S. aureus*.
 - C *A. actinomycetemcomitans* peut être impliqué dans les parodontites.
 - D Les infections buccodentaires sont rarement de type mixte.
 - E Les organismes Gram positif sont souvent impliqués dans les abcès parodontaux.

- 5) **Laquelle des affirmations suivantes est vraie ?**
 - A Une tétracycline constitue un premier choix dans le traitement d'un abcès dentaire.
 - B Une intervention dentaire visant à perturber l'environnement pathologique en installation peut limiter l'expansion de l'infection et même être suffisante pour traiter l'infection si le système immunitaire est efficace.
 - C La durée de traitement antibiotique pour une infection dentaire devrait être d'au moins 14 jours.
 - D La douleur seule est un symptôme suffisant pour justifier la prescription d'un antibiotique.
 - E L'œdème est toujours présent lors d'une infection dentaire.

- 6) **Concernant l'antibioprofylaxie contre l'endocardite bactérienne, il est vrai de dire que :**
 - A Une antibioprofylaxie serait indiquée pour une patiente de 54 ans porteuse d'un prolapsus mitral sans régurgitation.
 - B L'amoxicilline 2 g per os 1 heure pré-opératoire est le régime recommandé pour les patients non allergiques aux pénicillines et en mesure de prendre le médicament par la bouche.
 - C La qualité de l'hygiène buccale et du suivi de leur santé buccodentaire ne revêt aucune importance clinique pour les patients porteurs de conditions à risque d'endocardite.
 - D Le *P. gingivalis* est visé par l'antibioprofylaxie recommandée.
 - E La vancomycine peut être une solution de rechange chez un patient allergique à la pénicilline.

- 7) **Parmi les situations cliniques particulières relatives à l'antibioprofylaxie contre l'endocardite bactérienne, quelle est celle qui peut être recommandée ?**
 - A Une période de 9 à 14 jours entre les interventions dentaires.
 - B L'administration d'une antibioprofylaxie si un saignement non anticipé se produit, même si plus de quatre heures se sont écoulées depuis l'événement.
 - C Le choix d'un antibiotique parmi ceux recommandés pour l'antibioprofylaxie, mais qui provient d'une même classe que celle qu'un patient reçoit pour traiter une infection urinaire en cours.
 - D La répétition de l'antibiotique, mais à demi-dose six heures après la dose initiale.
 - E Le choix de l'érythromycine base chez un patient allergique à la pénicilline.

- 8) **Parmi les stratégies suivantes, laquelle serait à préconiser dans le cas d'une infection parodontale ?**
 - A La prescription de la pénicilline V aux 12 heures.
 - B La prescription d'un rince-bouche seul.
 - C Le choix d'un agent de la classe des tétracyclines pour, entre autres, son effet sur les collagénases.
 - D L'arrêt des mesures d'hygiène buccale.
 - E La prescription d'une quinolone.