

## Introduction

Le spécialiste de la cavité buccale reçoit fréquemment des patients adressés par des praticiens de différentes spécialités pour une recherche de foyers infectieux bucco-dentaires (FIBD).

La recherche de FIBD est demandée par le correspondant dans plusieurs circonstances :

- en raison d'un état général particulier, pour prévenir l'apparition d'une infection secondaire ou pour stabiliser une pathologie générale ;
- pour rechercher le point de départ d'une infection secondaire ;
- avant d'instaurer une thérapeutique médicale (chimiothérapie, thérapies immunosuppressives) ou physique (radiothérapie) susceptible de favoriser ou d'aggraver un processus infectieux ;
- pour préparer le patient à une intervention chirurgicale.

Seuls sont traités dans ces recommandations les foyers infectieux d'origine bactérienne. En sont par ailleurs exclues les pathologies infectieuses muqueuses et salivaires.

On peut définir :

- des FIBD (actifs ou latents) : présence effective de foyers bactériens, qu'il s'agisse d'une infection avérée ou qu'il n'y ait pas de répercussion clinique au moment de l'observation ;
- des situations à risque infectieux potentiel (SRIP) : susceptibles de devenir des foyers infectieux dans le futur du fait des conditions réunies à l'échelon local.

## Bactériémie, virulence infectieuse (voir diagramme ▼)

Il y a beaucoup plus de bactériémies induites par les actes de la vie quotidienne (brossage dentaire, mastication) que par des soins dentaires (Niveau de preuve 2).

Une dent vitale atteinte d'une carie dont le traitement ne comporte pas de risque d'effraction pulpaire ne représente pas un foyer infectieux susceptible de dissémination (APF).

Par comparaison avec le traitement endodontique d'une dent vitale,

- le traitement endodontique d'une dent nécrosée
- une reprise de traitement endodontique

représentent un risque majoré d'entraîner une bactériémie (APF).

Une dent nécrosée représente un FIBD ou une SRIP (APF).

Les dents en désinclusion représentent des foyers infectieux actifs ou latents (APF).

## Population générale

*Pour l'ensemble de la population, indépendamment de toute notion de pathologie :*

- 1 Il est recommandé d'éliminer les FIBD (APF) ainsi que les SRIP (CR).
- 2 La découverte d'un FIBD doit faire l'objet d'une information délivrée au patient, précisant les conséquences éventuelles de cette infection. (APF)
- 3 La découverte d'une SRIP doit faire l'objet d'une information délivrée au patient (APF), contenant l'évaluation du risque de développement d'une infection (CR) et précisant les conséquences éventuelles de cette infection (APF).

## Conduite de la recherche de foyers infectieux

- 4 Un bilan bucco-dentaire doit impérativement comprendre un examen clinique (interrogatoire, sondage parodontal, tests de vitalité, percussion, palpation des chaînes ganglionnaires ...) (APF).  
*Voir aussi la recommandation N° 28 ▼*
- 5 Le bilan initial doit impérativement comprendre un examen radiographique panoramique (APF).
- 6 En cas de doute à la lecture de l'examen panoramique, l'examen radiographique doit être complété par d'autres examens : clichés rétro-alvéolaires, tomographie volumique à faisceau conique (cone-beam), tomodensitométrie (scanner) (APF).

### Abréviations

**FIBD** : foyer infectieux bucco-dentaire

**SRIP** : situation à risque infectieux potentiel

**Niveau de preuve 1** : preuve scientifique établie

**Niveau de preuve 2** : présomption scientifique

**Niveau de preuve 3** : faible niveau de preuve scientifique

**APF** : accord professionnel fort

**CR** : accord professionnel avec consensus relatif

## Attitude générale chez les patients présentant un risque infectieux particulier (autre que dentaire) :

- 7 Un contact préalable avec le médecin responsable du suivi du patient est recommandé pour évaluer le risque médical (APF).
- 8 En cas de survenue d'une d'infection bucco-dentaire, le contexte médical général (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie cardiaque...) ne doit pas retarder la prise en charge chirurgicale et/ou médicale de l'urgence infectieuse. En particulier, un abcès doit être drainé (APF).

### **Décision thérapeutique chez les patients présentant un risque infectieux particulier :**

- 9 Dans les cas de FIBD, comme dans les SRIP, le choix de la thérapeutique bucco-dentaire doit intégrer des notions multiples, en particulier (APF) :
  - le pronostic vital du patient lié à l'affection générale
  - le risque lié à l'abstention thérapeutique, en fonction notamment de la virulence présumée du foyer infectieux
  - la morbidité inhérente à chaque solution thérapeutique
  - le bénéfice attendu de chaque proposition thérapeutique pour le confort de vie du patient
  - l'observance prévisible du patient aux manœuvres d'hygiène et aux visites de contrôle.
- 10 Dans tous les cas, les différents traitements doivent être expliqués au patient et son consentement éclairé doit être recueilli (APF).

### **Contrôle de la cicatrisation chez les patients présentant un risque infectieux particulier**

- 11 La cicatrisation muqueuse après avulsion dentaire nécessite une durée minimale d'une semaine. Elle doit être évaluée par un contrôle clinique (APF).

## Radiothérapie cervico-faciale

### **Avant irradiation**

- 12 Avant toute radiothérapie cervico-faciale (APF) :
  - un bilan bucco-dentaire doit être entrepris au plus tôt
  - il est impératif d'éliminer les FIBD situés dans les faisceaux (champs) d'irradiation.
- 13 Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant le début de la radiothérapie (APF).

### **Après irradiation (et quel que soit le délai) :**

- 14 Il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières si la dose d'irradiation reçue par le maxillaire et/ou la mandibule est inférieure à 30 Gy (CR).
- 15 Afin de diminuer le risque d'ostéo-radionécrose, les avulsions dentaires éventuellement nécessaires doivent être effectuées :
  - après information sur la dose reçue et les faisceaux (champs) d'irradiation (APF).
  - dans un plateau technique chirurgical adapté à la situation et apportant les garanties de qualité et de sécurité (APF) ;
- 16 Devant un risque d'ostéo-radionécrose, un traitement antibiotique doit être institué en cas de geste invasif (avulsion dentaire, curetage ...) (APF). Il convient de débiter cette prescription au moins 1h avant le geste (APF) (pas de consensus pour un délai plus long) et de la poursuivre jusqu'à la cicatrisation de la muqueuse (APF).
- 17 Après irradiation supérieure à 30 Gy, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).

## Corticothérapie

- 18 Une corticothérapie par voie générale ne justifie pas une prise en charge particulière du fait de sa seule présence :
  - si elle a une posologie inférieure à 10 mg/j équivalent prednisone
  - ou
  - si elle a une durée de moins de 8 jours pour une posologie inférieure ou égale à 1 mg/Kg/j équivalent prednisone (APF).

## Transplantation, Immunodépression

- 19 Avant une transplantation ou l'instauration d'un traitement immunosuppresseur, et dans la mesure où l'urgence à instaurer le traitement l'y autorise :
- un bilan bucco-dentaire doit être effectué au plus tôt (APF).
  - **il est impératif d'éliminer les FIBD (APF).**
  - les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt, de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant la transplantation ou l'instauration d'un traitement immunosuppresseur (APF).
- 20 Chez les patients transplantés, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).
- 21 Lors de la découverte d'une séropositivité VIH, il est souhaitable de réaliser un bilan bucco-dentaire à la recherche de FIBD (APF).
- 22 Chez les patients atteints d'un SIDA, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).

## Chimiothérapie

### Avant la chimiothérapie

- 23 Avant une chimiothérapie anticancéreuse et dans la mesure où l'urgence à instaurer le traitement l'y autorise :
- Un bilan bucco-dentaire doit être entrepris au plus tôt (APF).
  - **Avant une chimiothérapie non aplasante, il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD (APF).**
  - **Avant une chimiothérapie aplasante, il est impératif d'éliminer les FIBD (APF).**
- 24 Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt, de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant le début de la chimiothérapie (APF).

### Pendant la chimiothérapie

- 25 Les gestes thérapeutiques invasifs (avulsion dentaire ...) doivent être pratiqués
- en connaissance du bilan biologique (hémogramme, hémostase) (APF)
  - seulement s'ils sont urgents (CR)
  - sous antibioprofylaxie poursuivie jusqu'à la cicatrisation muqueuse de la plaie si le taux de polynucléaires neutrophiles (PN) est inférieur à 500 /mm<sup>3</sup> de sang (APF). Il n'y a pas de consensus pour une antibioprofylaxie pour un taux de PN supérieur à 500/mm<sup>3</sup> (PC).
- 26 En dehors des cas d'urgence, les gestes chirurgicaux peuvent être pratiqués dans une phase de normalité des polynucléaires neutrophiles (APF).

## Situations à haut risque d'endocardite infectieuse

- Prothèse valvulaire cardiaque
- Antécédent d'endocardite
- Cardiopathie congénitale :
  - cyanogène non réparée, y compris shunts et conduits palliatifs
  - complètement réparée avec matériel prothétique, placé par cathétérisme ou chirurgicalement, pendant les 6 mois suivant la procédure
  - réparée avec défauts résiduels sur le site ou adjacent au site du patch prothétique

## Patient à risque d'endocardite infectieuse

- 27 Un bilan bucco-dentaire doit être entrepris au plus tôt avant chirurgie valvulaire (APF).
- 28 Lors de l'examen clinique chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, le sondage parodontal doit être réalisé sous antibioprofylaxie (APF).
- 29 **Il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD chez les sujets à risque modéré d'endocardite infectieuse (APF).**
- 30 **Il est impératif d'éliminer les FIBD chez les sujets à haut risque d'endocardite infectieuse (APF).**
- 31 Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant chirurgie valvulaire (APF).
- 32 Chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).
- 33 Chez les sujets à risque modéré d'endocardite infectieuse, la fréquence de suivi peut être identique à celle recommandée pour la population générale (annuelle) (CR).

## Prothèses articulaires

- 34 **Avant la mise en place d'une prothèse articulaire :**
- il est recommandé d'effectuer un bilan bucco-dentaire (APF).
  - **il est impératif d'éliminer les FIBD (CR).**
- 35 Les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant la pose de la prothèse articulaire (APF).
- 36 Chez le sujet porteur de prothèse articulaire, la fréquence de suivi bucco-dentaire peut être identique à celle recommandée pour la population générale (annuelle) (CR).

## Thérapies biologiques ciblées à visée immunosuppressive (anticorps monoclonaux : anti-TNF alpha, anti-lymphocytaires, ...)

- 37 Il est impératif d'éliminer les FIBD avant instauration d'une thérapie biologique ciblée à visée immunosuppressive (CR).
- 38 Si des soins invasifs (avulsions dentaires, pose d'implants ...) sont envisagés pendant le traitement, une attention particulière doit être portée à la survenue potentielle d'infections post-opératoires : vigilance, information du patient. La décision thérapeutique sera prise au cas par cas en pesant le rapport bénéfice/risque avec le médecin prescripteur, qui proposera éventuellement une mise en condition du patient (pouvant comprendre la suspension du traitement) (APF).

## Traitements bisphosphonates

- 39 À l'instauration d'un traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication), il est recommandé de pratiquer un bilan bucco-dentaire (CR).
- 40 Il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD avant traitement par bisphosphonates (quelle qu'en soit l'indication) (APF).
- 41 Chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates dans le cadre d'une pathologie maligne :
- il est recommandé de pratiquer les avulsions dans un plateau technique chirurgical adapté à la situation et apportant les garanties de qualité et de sécurité (APF).
  - un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).
- 42 Chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates en dehors du cadre d'une pathologie maligne :
- les avulsions peuvent faire l'objet d'une prise en charge en cabinet d'omnipraticque dentaire, dans le respect des règles de prise en charge (CR).
  - la fréquence de suivi dentaire peut être identique à celle recommandée pour la population générale (CR).

## Pathologies respiratoires chroniques

- 43 Il est particulièrement(\*) recommandé d'éliminer les FIBD chez les patients présentant des pathologies respiratoires chroniques (bronchopneumopathie obstructive chronique, asthme ...) (APF).

## Patients diabétiques

L'éradication des FIBD améliore le contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques (Niveau de preuve 1).

- 44 Dès le diagnostic d'un diabète, il est recommandé de pratiquer un bilan bucco-dentaire (APF).
- 45 Les patients diabétiques peuvent faire l'objet d'une prise en charge en cabinet d'omnipraticque dentaire, après vérification de l'équilibre du diabète (APF).
- 46 Il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD chez les patients diabétiques équilibrés (APF).
- 47 Chez les patients diabétiques **non équilibrés** (hémoglobine glyquée > 7%) :
- il est impératif d'éliminer les FIBD (CR).
  - en cas de geste invasif, il faut commencer le traitement antibiotique prophylactique dans l'heure qui précède le geste et le poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse de la plaie (CR).
  - un suivi bucco-dentaire est recommandé avec une fréquence de 4 à 6 mois (CR).

## Grossesse

Le traitement parodontal est réalisable pendant la grossesse (de préférence au 2<sup>ème</sup> trimestre) mais ne permettrait pas une diminution des naissances prématurées ou des insuffisances pondérales du nouveau né (Niveau de preuve 2).

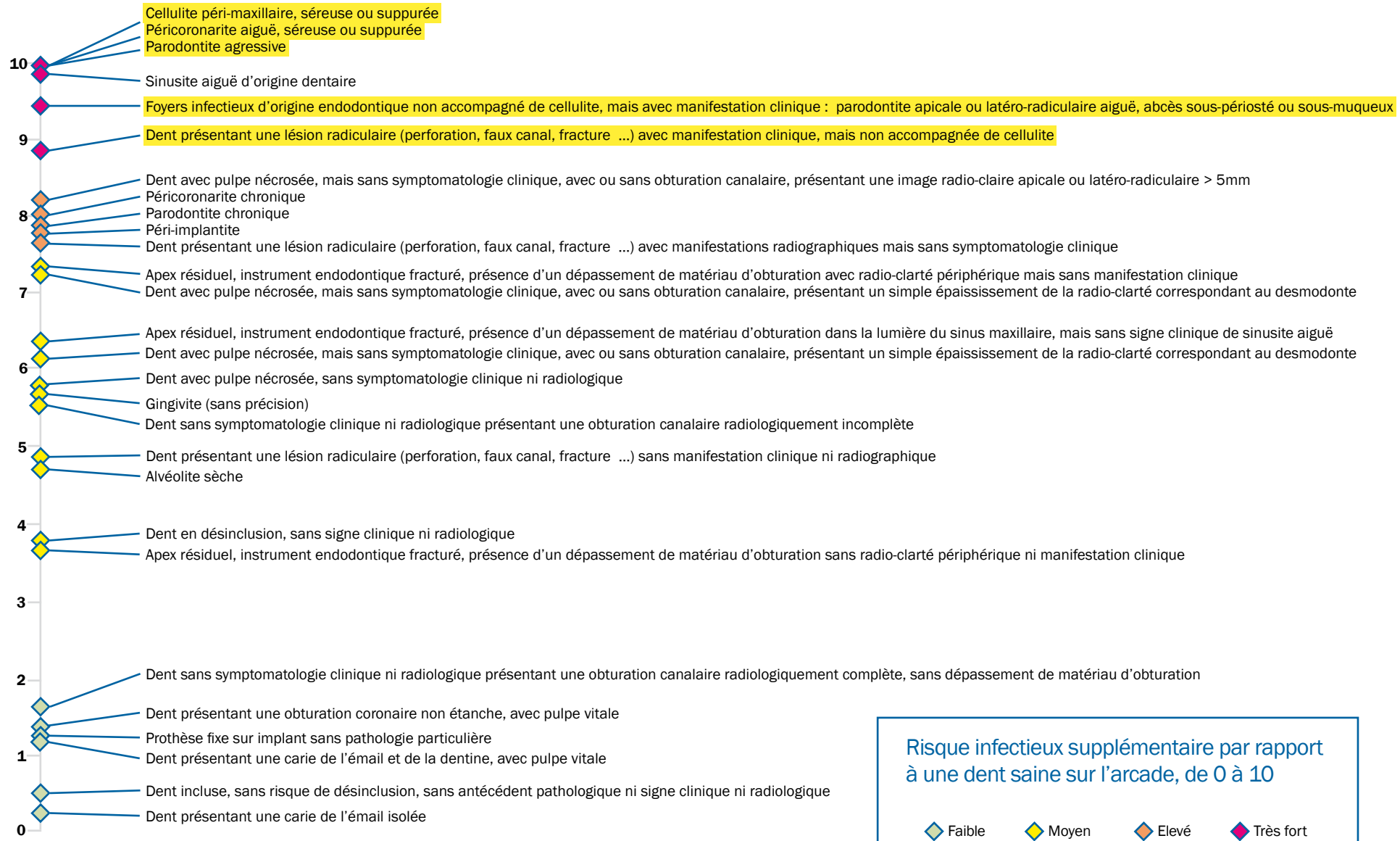
- 48 Chez les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse, il est recommandé de pratiquer un bilan bucco-dentaire (APF).
- 49 Il est particulièrement (\*) recommandé d'éliminer les FIBD chez une femme ayant un projet de grossesse (APF).

## Situations sans niveau de preuve

Il n'y a pas de preuve pour affirmer qu'un FIBD peut être à l'origine d'une tendinite.

De même, un consensus se dégage pour considérer qu'il n'y a pas lieu de rechercher une origine bucco-dentaire devant un cas de pelade ou d'uvéite.

**Virulence présumée dans diverses situations cliniques**  
En l'absence de données de la littérature, les experts du groupe de pilotage et de cotation proposent ce diagramme destiné à éclairer le praticien dans son choix thérapeutique



Risque infectieux supplémentaire par rapport à une dent saine sur l'arcade, de 0 à 10

◆ Faible   
 ◆ Moyen   
 ◆ Elevé   
 ◆ Très fort

## Synthèse des recommandations

Le risque infectieux lié aux actes pratiqués en cabinet dentaire doit être relativisé. Il y a en effet beaucoup plus de bactériémies induites par les actes de la vie quotidienne (brossage dentaire, mastication) que par des soins dentaires.

Le spécialiste de la cavité buccale reçoit fréquemment des patients adressés par des praticiens de différentes spécialités pour rechercher et éradiquer les foyers infectieux bucco-dentaires avant transplantation, instauration d'un traitement immunosuppresseur, chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie valvulaire.

Le bilan bucco-dentaire doit impérativement comprendre un examen clinique complet (interrogatoire, sondage parodontal, tests de vitalité, percussion, palpation des chaînes ganglionnaires ...) ainsi qu'un examen radiographique panoramique, qui doit être complété en cas de doute par d'autres examens (clichés rétro-alvéolaires, cone-beam, scanner).

Dans tous les cas, les gestes chirurgicaux destinés à assainir la cavité buccale doivent être entrepris au plus tôt, de façon à ce que la cicatrisation muqueuse soit acquise avant l'apparition du risque infectieux supplémentaire.

Chez les patients présentant un risque infectieux particulier, la cicatrisation muqueuse après avulsion dentaire nécessite une durée minimale d'une semaine. Elle doit être évaluée par un contrôle clinique.

Certaines situations sont susceptibles de majorer le risque infectieux tant qu'une plaie n'est pas refermée. C'est le cas des patients présentant un risque d'ostéo-radionécrose, des diabétiques non équilibrés (hémoglobine glyquée > 7%), ou des sujets chez qui le taux de polynucléaires neutrophiles est inférieur à 500 /mm<sup>3</sup> de sang. Dans ces situations, un traitement antibiotique doit bien entendu être institué avant le geste invasif, mais aussi poursuivi jusqu'à la cicatrisation de la muqueuse.

En cas d'infection bucco-dentaire survenant chez un patient fragile par ailleurs (radiothérapie, chimiothérapie, risque infectieux valvulaire...), le contexte médical général ne doit jamais constituer un prétexte pour retarder la prise en charge de l'urgence infectieuse (en particulier, un abcès doit être drainé).

Une corticothérapie par voie générale ne justifie pas une prise en charge particulière du fait de sa seule présence si elle a une posologie inférieure à 10 mg/j équivalent prednisone ou si elle a une durée de moins de 8 jours pour une posologie inférieure ou égale à 1 mg/Kg/j équivalent prednisone.

De la même façon, il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières si la dose d'irradiation reçue par le maxillaire et/ou la mandibule est inférieure à 30 Gy.

Lors de l'examen clinique chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, le sondage parodontal doit être réalisé sous antibioprofylaxie.

Chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates en dehors du cadre d'une pathologie maligne, les avulsions peuvent faire l'objet d'une prise en charge en cabinet d'omnipraticque dentaire, dans le respect des règles de prise en charge.

De même, les patients diabétiques peuvent faire l'objet d'une prise en charge en cabinet d'omnipraticque dentaire, après vérification de l'équilibre du diabète. En revanche, chez les patients traités ou ayant été traités par bisphosphonates dans le cadre d'une pathologie maligne, ainsi que chez les patients présentant un risque d'ostéo-radionécrose, il est recommandé de pratiquer les avulsions dans un plateau technique chirurgical adapté à la situation et apportant les garanties de qualité et de sécurité (par exemple en milieu hospitalier).

En cas de risque infectieux particulier (autre que dentaire), les différentes possibilités de traitements des foyers infectieux bucco-dentaires doivent être expliquées au patient, et son consentement éclairé doit être recueilli.

Le choix de la thérapeutique retenue doit intégrer en particulier :

- le pronostic vital du patient lié à l'affection générale
- le risque lié à l'abstention thérapeutique
- la morbidité inhérente à chaque solution thérapeutique
- le bénéfice attendu de chaque proposition thérapeutique sur le confort de vie
- l'observance prévisible aux manœuvres d'hygiène et aux visites de contrôle.

Afin d'éclairer le praticien dans son choix thérapeutique et en l'absence de données de la littérature, les experts ont exprimé dans un diagramme leur estimation du risque infectieux dans les situations les plus fréquentes. Le risque le plus important correspond aux cellulites péri-maxillaires, aux périoronarites aiguës et aux parodontites agressives.