

Le questionnaire médical en odontostomatologie : nécessité, applications, obligations

RÉSUMÉ



Caroline GORIN
Attachée de consultation
à l'université Paris Descartes,
1 rue Maurice-Arnoux,
92120 Montrouge.

Sophie-Myriam DRIDI
Maître de conférence
à l'université Paris Descartes,
1 rue Maurice-Arnoux,
92120 Montrouge.

Claude-Bernard WIERZBA
Maître de conférence
à l'université Paris Descartes,
1 rue Maurice-Arnoux,
92120 Montrouge.

Anne-Laure EJEIL
Maître de conférence
à l'université Paris Descartes,
1 rue Maurice-Arnoux,
92120 Montrouge.



L'enquête médicale, souvent banalisée, est un outil de travail indispensable dans notre pratique quotidienne. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire écrit, daté et signé par le patient, complété d'un entretien oral avec le praticien qui peut alors apprécier l'état de santé général du patient, son suivi médical, ainsi que les médications passées, en cours ou à venir.

L'odontologiste peut donc planifier correctement les différentes étapes du plan de traitement et prendre les décisions thérapeutiques qui s'imposent, avec toutes les précautions médicales et techniques nécessaires.

Un grand merci au Docteur Jean Meyer pour son aide précieuse et amicale.

Mots clés

- enquête médicale
- questionnaire médical
- recommandations
- patients à risque

AOS 2011;253:19-37
DOI: 10.1051/aos/2011103
© AEOS / EDP Sciences

Introduction

> En pratique quotidienne, l'odontologiste, réalise des actes très diversifiés. Beaucoup d'entre eux, considérés comme banaux, peuvent néanmoins être invasifs et nécessiter des précautions de prise en charge. Aussi, quelle que soit la nature de l'acte – endodontie, parodontie, chirurgie buccale, implantologie –, le praticien se doit de connaître l'état de santé général de son patient afin d'éviter certains écueils pouvant s'avérer néfastes voire fatals dans certaines situations exceptionnelles.

À cet effet, l'enquête médicale (EM) représente un outil de travail indispensable à condition que le praticien sache le décoder et en retirer l'essentiel.

Deux notions sont à considérer. L'EM représente non seulement un outil médical mais également un outil juridique médico-légal important.

L'outil médical permet de déterminer précisément la capacité des patients à recevoir des soins en fonction des risques médicaux suspectés ou notifiés, du profil psychologique de la personne et de son attitude plus ou moins coopérative. La façon dont est rempli le questionnaire peut également mettre en évidence certains traits de caractère de l'individu : nervosité, anxiété, agressivité, passivité, mélancolie... L'entretien oral permet d'approfondir les réponses consignées dans le dossier et de juger de l'état psychologique ou d'anxiété dans lequel se trouve le patient. Le carnet de santé peut être demandé en complément. Le praticien peut aisément contacter le médecin traitant si des informations supplémentaires sont

nécessaires : que ce soit au sujet de l'état de santé général, de la sévérité de la pathologie, du traitement, et des examens biologiques complémentaires.

L'outil juridique repose sur l'établissement d'un document écrit complété d'un entretien oral. Le document écrit doit être simple, clair, compréhensible, complet et révéler l'état civil du patient, son état de santé actuel, les traitements chirurgicaux antérieurs ou à venir, ainsi que les coordonnées complètes du médecin traitant (**tableau I**). Ce même document doit être remis à jour régulièrement, daté et signé par le patient. La signature engage la responsabilité du patient quant aux informations mentionnées et l'oblige ainsi à tout déclarer. En cas d'accident grave et imprévu, le praticien peut prouver qu'il a bien respecté ses obligations de moyens.

Ainsi une EM conduite de façon efficace apporte souvent les réponses aux questions suivantes :

- le patient peut-il être traité dans un cabinet en ville ou nécessite-t-il une prise en charge en milieu hospitalier ?
- quel type de molécule anesthésique peut-on utiliser ? Quelle technique ? Avec ou sans vasoconstricteur ?
- le patient présente-t-il un risque hémorragique ? Un risque infectieux ? Un risque de nécrose osseuse ? Un facteur de risque de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ?

À partir des données recueillies, l'omnipraticien est plus à même de planifier une attitude thérapeutique raisonnée et appropriée.

Tableau I Exemple type de questionnaire médical écrit.

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La connaissance de votre état de santé nous conduit à adapter notre attitude thérapeutique à chaque cas particulier. C'est pourquoi nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce document en le remplissant. Le questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.

– **Médecin traitant** : Nom Adresse

– **Troubles cardio-vasculaires (date du début de l'affection et médicaments pris à cet effet) :**

Hypertension artérielle Hypotension artérielle
 Angine de poitrine Embolie pulmonaire
 Phlébite Souffle cardiaque Valvuloplastie
 Cardiopathie Transplants

– **Troubles gastro-intestinaux :**

Ulcère gastro-duodéal Hépatites virales
 Régurgitation acide Cirrhose hépatique
 Autres

– **Troubles rénaux :**

Dialyse Insuffisance rénale chronique
 Transplants rénaux Autres

– **Troubles allergiques :**

Anesthésiques locaux Médicaments Latex
 Autres

– **Troubles respiratoires :**

Bronchite chronique Asthme Autres

– **Troubles hématologiques :**

Saignements anormaux après intervention dentaire Ecchymose Transfusion imprévue
 Hémophilie Anémie Autres

– **Troubles ostéo-articulaires :**

Arthrose RAA Prothèse articulaire
 Autres

– **Troubles neurologiques :**

Épilepsie Anxiété Troubles du sommeil
 Dépression nerveuse Spasmophilie
 Autres

– **Troubles endocriniens :**

Ménopause Hyper ou hypothyroïdie
 Diabète Autres

– **Grossesse** Allaitement

– **Ostéoporose**

– **Séropositivité HIV** SIDA Virémie Taux CD4

– **Intervention chirurgicale**

– **Radiothérapie** Champs d'irradiation Dose reçue

– **Chimiothérapie**

– **Biphosphonate** Voie intraveineuse ou orale

– **Consommation tabac** cigarettes/jour **d'alcool** **Autres drogues**

Date Signature :

Hôpital ou cabinet en ville ?

L'EM bien dirigée permet de dépister l'existence d'une pathologie systémique sévère, non stabilisée malgré une thérapie, non contrôlée ou non diagnostiquée. Pour ces situations, il est recommandé de contacter le médecin traitant par courrier pour une évaluation médicale complète et pour discuter de la possibilité de soigner le patient en cabinet de ville.

Plusieurs points doivent être éclaircis :

- le *passé médical* (les hospitalisations multiples révélant des problèmes hémostatiques, cardiaques, infectieux...) donne des indications sur l'état de santé général ;
- le *type de pathologie et les complications* associées (par exemple un patient diabétique insulinodépendant non équilibré a un potentiel de cicatrisation diminué) ;
- la *persistance de symptômes* malgré un traitement approprié (par exemple dyspnée au repos malgré un traitement pour une insuffisance cardiaque sévère) ;
- la *date exacte d'apparition* de la pathologie (par exemple un infarctus dans les six mois

précédant le rendez-vous interdit les soins urgents en ville à cause de la vulnérabilité du myocarde) ;

- la *fréquence des symptômes* (par exemple, crise d'épilepsie) ;
- la *nature du traitement et la posologie* exacte de la médication en cours ;
- les *résultats des tests biologiques* (par exemple taux de lymphocytes T CD4 et virémie chez les patients VIH+) ;
- le *niveau de contrôle* effectué par le médecin traitant la (ou les) pathologie(s).

Si le médecin traitant confirme l'impossibilité de prendre en charge le patient en dehors d'un cadre spécifique, il faut le diriger vers un service hospitalier et ne réaliser en ville que les actes non invasifs, tels que l'observation clinique, l'enseignement à l'hygiène orale (EHO), les conseils alimentaires et la radiographie. En situation d'urgence, la douleur et l'infection pourront être jugulées par des médicaments n'interférant pas avec les pathologies et les médicaments en cours.

Anesthésiques locaux : quelles molécules ? Avec ou sans vasoconstricteurs ? Quelles techniques ?

L'EM doit mettre à jour :

- les incidents apparus après une injection antérieure d'une solution d'anesthésique local ;
- le type d'anesthésique incriminé (à fonction

amine ou ester, avec ou sans vasoconstricteur : épinéphrine ou norépinéphrine) (**tableau II**) ;

- les pathologies générales ou les médicaments en cours qui imposent de respecter certaines

précautions d'usage ou qui contre-indiquent telle ou telle molécule.

Les incidents

L'EM doit permettre de préciser la nature exacte de la réaction rapportée par le patient.

Trois situations peuvent être observées [1].

> Les accidents mineurs

Ce sont les plus fréquemment rencontrés. Provoqués surtout par l'anxiété, la fatigue et l'émotion, ils se manifestent le plus souvent par *un malaise vagal*.

L'entretien oral est d'autant plus déterminant que la même symptomatologie survient en général à l'occasion de prise de sang ou d'émotions vives.

> Les accidents majeurs

Plus rares, ils apparaissent en cas de *surdosage*. Ils peuvent être immédiats (injection intravas-

culaire malencontreuse), ou plus tardifs, causés par l'injection d'une trop grande quantité d'anesthésique.

Ils se manifestent au niveau du système nerveux par une agitation, une convulsion, un trouble de la conscience et au pire une dépression du système nerveux central (SNC) ; au niveau cardiovasculaire, par une chute de la pression artérielle, des troubles du rythme pouvant même aboutir à un arrêt cardiaque.

> Les accidents allergiques

Exceptionnels, ils peuvent être provoqués par les quatre constituants des solutions anesthésiantes : l'anesthésique à fonction amide ou ester, l'antioxydant, le conservateur, les vasoconstricteurs.

On parle d'allergie quand le patient rapporte des signes d'urticaire (**fig. 1**), de tuméfaction, de rash cutané, de crise d'asthme, d'œdème de Quincke ou de choc anaphylactique, syndrome de Lyell ou de Stevens-Johnson.

Tableau II Anesthésiques locaux : contre-indications [5].

	Dénomination internationale commune	Contre-indications
Anesthésiques à fonction ester	Procaïne	Déficit en cholinestérase Allergie (asthme, rhume des foins, urticaire...) Hypersensibilité aux anesthésiques locaux ou à l'un des composants Épilepsie Hypotension Précaution : grossesse
Anesthésiques à fonction amide	Lidocaïne Bupivacaïne Articaïne Prilocaine Aptocaïne	Hypersensibilité aux anesthésiques locaux ou à l'un des composants Porphyrie (sauf Aptocaïne) Épilepsie non contrôlée par le traitement Troubles de la conduction auriculoventriculaire sévère non appareillés Antécédent d'hyperthermie maligne Pathologies cardiaques sévères, troubles du rythme, infarctus de moins de 6 mois, hyperthyroïdie pour les formes avec adrénaline Précaution : insuffisance hépatique sévère avec les bêtabloquants qui augmentent leurs effets indésirables



Fig. 1 Urticaire allergique de la jambe suite à la prise de pénicilline.

Dans ces situations, il est important de définir la molécule allergène car cela peut aussi être une éventuelle allergie au latex des gants du praticien ou encore à l'iode de la bétadine... Le patient sera donc adressé chez un allergologue afin d'éclaircir la situation et d'éviter ainsi d'éventuels désagréments lors des soins.

Les pathologies générales et les médicaments en cours nécessitant des précautions [2]

(Voir tableau I).

> Choisir sa molécule anesthésique

Deux molécules sont à notre disposition :

- molécule anesthésique à fonction amide : métabolisée par le foie. Il faut donc éviter de l'utiliser chez les patients souffrant de pathologies hépatiques (cirrhose, hépatites virales...);
- molécule anesthésique à fonction ester : éliminée dans le plasma.

> Choisir avec ou sans vasoconstricteur et le type de vasoconstricteur

- **Avec vasoconstricteur** : très apprécié en odontologie, il diminue la résorption systémique

des molécules anesthésiques, augmente leur durée d'action et assure une hémostase locale efficace.

Cependant, il doit être utilisé avec parcimonie : ne pas dépasser 2 cartouches à 1/100 000 ou 4 cartouches à 1/200 000 chez les patients souffrant de troubles cardiovasculaires et traités par des bêtabloquants.

Deux types de vasoconstricteur sont à notre disposition, l'épinéphrine et la norépinéphrine. L'épinéphrine est préférée à la norépinéphrine sauf chez les patients allergiques ou diabétiques insulino-dépendants du fait du caractère hyperglycémiant de l'épinéphrine.

- **Sans vasoconstricteur** : en cas de contre-indication [3].

Les pathologies qui contre-indiquent formellement l'utilisation de vasoconstricteurs sont :

- le phéochromocytome, tumeur rare, le plus souvent bénigne, située au niveau des médullosurrénales et de la chaîne sympathique ;
- l'os irradié au-delà de 40 Gy, celui-ci étant moins bien vascularisé ;
- l'arythmie cardiaque ;
- l'infarctus datant de moins de 6 mois ;
- l'allergie aux sulfites.

En revanche, certains états physiologiques permettent tout à fait l'utilisation des vasoconstricteurs :

- la grossesse et l'allaitement, les doses usuelles peuvent être utilisées ;
- l'enfant au-delà de six mois, seule la dose totale d'anesthésique local doit être adaptée au poids de l'enfant qu'il y ait ou non vasoconstricteur ;
- chez la personne âgée, la dose totale d'anesthésique avec ou sans vasoconstricteur doit être adaptée à l'état métabolique du sujet considéré (insuffisance rénale ou hépatique).

La technique anesthésique

En cas de problème d'hémostase lié à un traitement anticoagulant ou à une maladie de

l'hémostase, toute anesthésie tronculaire est contre-indiquée. L'anesthésie générale (AG) en milieu hospitalier est ainsi parfois une solution à envisager.

Les troubles de l'hémostase : existe-t-il un risque hémorragique ?

Qu'est-ce que l'hémostase ?

L'hémostase est une réaction de défense de l'organisme face à une hémorragie en activité ou imminente [4] (fig. 2).



Fig. 2 Trouble de l'hémostase [5,10,11,12]. (Document appartenant au Dr E. Dursun, Paris 5).

Classiquement, l'hémostase est divisée en trois composantes [5] :

- l'hémostase primaire qui aboutit à la formation du clou plaquettaire dont la fonction est de colmater la brèche vasculaire ;
- la coagulation qui donne naissance au caillot de fibrine, lequel assure la stabilité et la durabilité du clou plaquettaire pendant toute la période de guérison du tissu lésé ;
- la fibrinolyse qui permet d'éliminer le caillot fibrino-plaquettaire pour rétablir la circulation sanguine.

Les questions à poser au patient

Le praticien doit faire préciser par le patient :

- le *passé des saignements anormaux*, apparus depuis la petite enfance (chute d'une dent

Tableau III Caractéristiques des troubles de l'hémostase primaire et de la coagulation [13].

Trouble de l'hémostase primaire	Trouble de la coagulation
Hémorragie est : <ul style="list-style-type: none"> – spontanée – nombreuse – localisée au niveau de la peau et des muqueuses (pétéchies et ecchymoses) – de petit volume (ml) – immédiate – cesse après une compression locale de 15 min – ne récidive pas – ne perturbe pas la cicatrisation 	Hémorragie est : <ul style="list-style-type: none"> – provoquée par un traumatisme minime – unique – localisé aux niveaux des tissus profonds (hématome) – de volume moyen ou important (litre) – différée – récidivante – pouvant perturber la cicatrisation

- temporaire...) ou plus tard dans la vie d'adulte (extraction, épistaxis, gingivorragies sans cause apparente, menstruation abondante...);
- la *survenue du saignement* : spontané, répété sans cause traumatique déclenchante objectivable ou provoqué par un traumatisme léger qui normalement n'entraîne pas d'hémorragie ;
 - la *localisation du saignement* : diffuse, provenant de plusieurs territoires cutanés, ou localisée et dans ce cas plus évocatrice d'une pathologie ;
 - le *caractère récidivant* : après les quelques heures ou quelques jours suivant le traumatisme et dans quelles circonstances ?
 - la *nécessité d'une transfusion sanguine* après un acte chirurgical courant (extraction) et son explication ;
 - l'*existence d'un syndrome hémorragique* chez les membres d'une même famille avec souvent la présence de mariage consanguin ;
 - l'apparition d'*ecchymoses fréquentes* sans cause apparente ;
 - les *pathologies générales ou les médicaments* pouvant interférer avec l'hémostase : notamment les patients souffrant de pathologies cardiovasculaires et qui suivent un traitement anticoagulant (antiagrégant plaquettaire [AAP] et antivitamin K [AVK]) ou des patients présentant des problèmes hépatiques.

Un trouble génétique ou acquis ?

Au terme du questionnaire, le praticien doit savoir si le patient souffre de trouble de l'hémostase et si ce trouble est génétique ou acquis. Les troubles génétiques sont rares et précoces dans la vie de l'individu, spécifiques à un défaut connu de l'hémostase (maladie de Willebrand, hémophilies A et B...).

Les troubles acquis sont en relation soit avec une pathologie (maladie hépatique, leucémie...), soit avec un traitement (chimiothérapie, radiothérapie) soit avec une médication (à base d'antiagrégant plaquettaire de type aspirine ou d'anticoagulant oraux type AVK (Préviscan®).

De même, le praticien peut savoir si le trouble de l'hémostase se situe au niveau de l'hémostase primaire ou de la coagulation (**tableau III**).

Quelle attitude thérapeutique adopter ? Quels tests biochimiques prescrire ?

L'attitude thérapeutique appropriée est intimement dépendante des informations cliniques obtenues. Le praticien pourra en plus :

- rechercher au cours de l'examen clinique les manifestations révélatrices du trouble suspecté (ecchymose, pétéchie) ;
- prescrire les tests biochimiques de première ligne : numération plaquettaire (NP) et temps de saignement (TS) pour analyser l'hémostase primaire ; temps de Quick (TQ), International Normalized Ratio (INR), temps de céphaline activée (TCA) pour la coagulation.

La prescription de ces tests, qui dépend du syndrome hémorragique, est soit orientée, soit systématique en situation préopératoire. En cas de pathologie connue, le patient est souvent suivi par un hématologue ou un cardiologue avec qui on doit prendre contact. Un INR est nécessaire avant toute extraction chez un patient sous AVK.

Quel que soit le trouble de l'hémostase, si le patient peut être soigné en ville, il faut prévoir tous les moyens d'hémostase locale mis à disposition pour juguler l'hémorragie attendue (antifibrinolytique, colle hémostatique, sutures, compression prolongée à l'aide d'une gouttière ou d'une prothèse amovible...).

> **Modalité de prise en charge d'un patient sous AAP en chirurgie bucco-dentaire** [6]

Ainsi lorsqu'un patient est sous AAP, il faut évaluer le risque médical qu'il présente et rechercher les facteurs qui peuvent potentialiser le saignement. Mais aucun examen biologique n'est actuellement suffisamment performant pour prédire avec certitude le risque hémorragique encouru.

L'évaluation du risque de saignement repose donc essentiellement sur l'interrogatoire médical et l'examen clinique.

Ces patients peuvent la plupart du temps être soignés en cabinet de ville en respectant une technique d'anesthésie et une hémostase chirurgicale rigoureuse avec sutures des berges de la plaie opératoire et compression locale, ainsi que le recours à des hémostatiques locaux résorbables.

> **Modalités de prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco-dentaire** [7]

Un contact préalable par écrit avec le médecin responsable du suivi du traitement par AVK du patient est indispensable et permettra d'orienter le type de prise en charge hospitalière ou en cabinet de ville.

La prise en charge de ce type de patients peut se faire en pratique de ville par des praticiens disposant du plateau technique nécessaire (moyens d'hémostase locale notamment), pour des patients dont l'INR est inférieur ou égal à 3 et

pour des actes sans risque hémorragique ou à risque hémorragique modéré ; par exemple pour des avulsions en secteur localisé ou la mise en place d'un implant unitaire.

Une prise en charge hospitalière est recommandée si l'INR est supérieur à 3 et/ou si le risque hémorragique est élevé et/ou s'il existe un risque médical associé (notamment un patient traité par l'association AVK/AAP).

L'instauration d'un relais du traitement par AVK à l'aide d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) ou d'héparine non fractionnée (HNF) en milieu hospitalier avant, pendant et après la phase chirurgicale est possible mais doit rester exceptionnelle. Seul le médecin est habilité à définir le protocole approprié à la situation clinique.

Les anesthésies locorégionales sont déconseillées. L'anesthésique local doit contenir un vasoconstricteur sauf dans les rares cas de contre-indication de son emploi (arythmie non stabilisée, les patients présentant un phéochromocytome...).

Dans les cas d'avulsions dentaires, la mise en place d'un matériau hémostatique résorbable intra-alvéolaire doit être systématique. Toute plaie intrabuccale doit être suturée. Les fils de suture peuvent être résorbables ou non. Les points doivent être unitaires. Dans les cas d'interventions chirurgicales hémorragiques, l'utilisation de colle biologique et/ou d'agent anti-fibrinolytique (Exacyl® ampoule suspension buvable) est recommandée. Une compression locale doit être mise en place immédiatement en postopératoire pendant au moins 10 minutes.

Anxiété et stress

Dès l'établissement de l'EM, le praticien doit juger de l'état de stress dans lequel se trouve le patient et évaluer si son anxiété peut devenir pathologique et invalidante. Dans ce cas, les

facultés d'adaptation sont dépassées et différentes manifestations cliniques peuvent être observées allant du malaise psychique aux troubles cardiaques et respiratoires.

Les questions à poser

L'entretien oral permet de préciser :

- les conditions dans lesquelles les soins chirurgicaux antérieurs se sont déroulés et si le patient a été victime d'une crise d'angoisse (peur de la douleur, du caractère invasif de l'acte...);
- si le patient est psychologiquement fragile, traité pour une dépression nerveuse ou pour des problèmes psychiatriques ;
- s'il est surmené pour des raisons professionnelles (licenciement, examen...) ou privées (divorce, perte d'un être cher...);
- s'il existe une maladie organique liée au stress: ulcère gastroduodéal, rectocolite hémorragique, hypertension artérielle, maladie coronarienne, asthme, certaines maladies immunitaires, maladies cutanées (allergie, psoriasis, urticaire, eczéma), si le patient suit une thérapie à base de corticoïdes.

Les corticoïdes inhibent la production endogène de stéroïdes et provoquent une intolérance au stress. En fonction des informations fournies par l'EM, le praticien peut identifier les prédispositions au stress et orienter son attitude thérapeutique.

L'attitude thérapeutique à adopter

En cas de dépression, le contact peut s'avérer

difficile car le patient n'est pas toujours capable de percevoir correctement nos informations. De même, il est plus prudent en présence de maladies liées au stress ou de patient sous corticothérapie d'effectuer des *actes de courte durée avec une anesthésie efficace, de contacter le médecin traitant* si le traitement en cours doit être modifié (augmentation de la dose des corticoïdes) et de prescrire si nécessaire une *prémédication sédatrice* en demandant au patient de venir accompagné par une tierce personne.

La sédation consciente par inhalation du mélange équimolaire d'oxygène et du protoxyde d'azote (MEOPA) constitue en odontologie une excellente solution pour réduire l'anxiété et améliorer la coopération, permettant ainsi la réalisation des soins dentaires dans de meilleures conditions. Sa facilité d'administration, sa rapidité d'induction et d'élimination et le peu d'effets indésirables qu'il engendre font du MEOPA un agent sédatif de choix. La sédation consciente se révèle, de surcroît, être une alternative efficace à l'anesthésie générale chez les enfants peu coopérants, anxieux ou mentalement déficients devant bénéficier de soins dentaires ou chez des adultes handicapés moteurs. La formation certifiée du praticien à ces techniques est indispensable.

Tableau IV Risque A et Risque B [14].

Risque A = risque de surinfection identifié localement et/ou surinfection générale	Risque B = risque de surinfection lié à une localisation secondaire de la bactérie à l'origine d'un nouveau foyer infectieux situé à distance du lieu de l'acte dentaire réalisé
<ul style="list-style-type: none"> – Sujets transplantés ou greffés sous thérapie immunosuppressive – Sujets immunodéprimés d'origine congénitale ou médicamenteuse – Pathologies associées non contrôlées (diabète, insuffisance rénale et/ou hépatique, sujets ayant des infections chroniques) – Sujets dénutris 	<ul style="list-style-type: none"> – Patients ayant des prothèses d'organe autre que valvulaires – Patients à risque d'endocardite infectieuse (cf. tableau V)

Toutes ces précautions limitent le risque d'aggravation de la maladie. Toutefois il est préférable de reporter le rendez-vous, notamment

pour les actes chirurgicaux, si le stress du patient ne peut être maîtrisé.

Antibioprophylaxie, antibiothérapie : existe-il un risque infectieux ?

L'antibiothérapie prophylactique

Une EM rigoureuse est essentielle pour dépister les patients susceptibles aux infections et dont l'état de santé impose une antibiothérapie prophylactique avant la réalisation d'actes qualifiés « à risque ». Toute effraction vasculaire est considérée comme une porte d'entrée pour les micro-organismes (**tableau VIII**).

Les indications d'une antibiothérapie prophylactique sont répertoriées dans les **tableaux IV, V, VI, VII**.

Toute effraction vasculaire nécessite une antibiothérapie prophylactique chez les sujets à risque A et B. (Risque A = risque de surinfection identifié localement et/ou surinfection générale. Risque B = risque de surinfection lié à une localisation secondaire de la bactérie à l'origine d'un nouveau foyer infectieux situé à distance du lieu de l'acte dentaire réalisé.)

> Patients à risque A

Six situations couramment rencontrées de nos jours entrent dans la catégorie des patients A.

- **Le diabète instable et/ou de longue durée** : en accord avec le médecin traitant, une antibiothérapie prophylactique est indiquée pour éviter les problèmes de cicatrisation et d'infection postopératoire. L'EM nous renseigne sur la date de début de la maladie et celle du traitement ainsi que les médications suivies en cours. La connaissance du taux d'hémoglobine glyquée (Hb1Ac) est nécessaire pour connaître la sévérité de l'instabilité.
- **Les patients immunodéprimés ou traités par corticothérapie au long cours** doivent être également traités par antibiothérapie prophylactique avant toute intervention chirurgicale.
- **Les patients en chimiothérapie** : une étroite collaboration avec l'oncologue médical est

Tableau V Cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse [14].

Cardiopathies à haut risque	Cardiopathies à risque modéré
<ul style="list-style-type: none"> - Prothèses valvulaires - Antécédents d'endocardite infectieuse - Cardiopathies congénitales cyanogènes - Dérivations chirurgicales (pulmonaires-systémiques) 	<ul style="list-style-type: none"> - Autres cardiopathies congénitales (cardiopathies non cyanogènes sauf communication interauriculaire) - Valvulopathies : insuffisance, rétrécissement, et bicuspidie aortiques, insuffisance mitrale - Dysfonctions valvulaires acquises - Prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance mitrale et/ou épaissement valvulaire - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Tableau VI Indication de l'antibioprophylaxie au cours des actes bucco-dentaires invasifs chez le sujet sain et chez le sujet à risque A ou B [14].

ACTES BUCCO-DENTAIRES INVASIFS (avec risques de saignement significatif)	SUJET SAIN		SUJET À RISQUE		
	Risque d'infection	Antibio-prophylaxie	Risque d'infection	Antibioprophylaxie chez le sujet à risque d'infection locale / à distance générale Risque A Risque B	
Anesthésies locales intraligamentaires	Non	NJ		ND	R
Mise en place d'une digue	Non	NJ		NJ*	R
Soins endodontiques					
– Traitements des dents à pulpe vitale	Non	NJ		R	R
– Traitement des dents à pulpe non vitale y compris la reprise de traitement canalaire	Oui	ND		R	SO
Soins prothétiques à risque de saignement	Non	NJ		R	R
Soins parodontaux non chirurgicaux					
– Détartrage avec et sans surfaçage	Non	NJ		ND	R
– Sondage	Non	NJ		ND	R
Actes chirurgicaux					
• Avulsions dentaires					
– Dent saine	Non	NJ		R	R
– Dent infectée	Oui	ND		R	R
– Alvéolectomie	Non	NJ		R	R
– Séparation de racines	Non	NJ		R	R
– Amputation radiculaire	Non	NJ		R	SO
– Dent incluse	Oui	ND		R	R
– Dent en désinclusion	Oui	R		R	R
– Germectomie	Oui	ND		R	R
• Transplantation / Réimplantations	Oui	R		R	SO
• Chirurgie péri-apicale	Oui	R	OUI	R	SO
• Chirurgie des tumeurs bénignes de la cavité buccale					
– Maxillaires (kyste...)	Oui	R		R	R
– Tissus mous	Non	NJ		R	R
• Chirurgie parodontale					
– Chirurgie de la poche					
– Lambeau d'accès	Non	NJ		R	SO
– Comblement et greffes osseuses	Oui	R		R	SO
– Membranes	Oui	R		R	SO
– Chirurgie mucogingivale					
– Lambeau	Non	NJ		R	SO
– Greffes	Non	NJ		R	SO
• Freinectomies	Non	NJ		R	R
• Biopsie des glandes salivaires accessoires	Non	NJ		R	R
• Chirurgie osseuse	Oui	R		R	R
• Chirurgie implantaire					
– Mise en place	Oui	R		R	SO
– Dégagement (stade II)	Non	NJ		R	SO
• Mise en place de matériaux de comblement	Oui	R		R	SO
Orthopédie dento-faciale					
• Traitement en orthopédie dento-faciale (mise en place de bagues orthodontiques)	Non	NJ		R	SO
• Chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées	Non	NJ		R	SO

NJ = non justifiée ; ND = non déterminée : sans preuves scientifiques, études à prévoir ; R = recommandée par accord professionnel ; SO = sans objet : patients concernés par l'indication antibioprophylaxie (acte contre-indiqué chez ce type de sujet) ; * = acte non à risque chez ce type de sujet.

nécessaire pour permettre de planifier et d'optimiser au mieux les soins avant et entre deux cures.

– *Avant* :

- suppression des foyers infectieux et suppressions des facteurs d'irritation mécanique. Le fait de pouvoir intervenir avant la chimiothérapie permet d'être plus conservateur (traitement endodontique, traitement parodontal) et d'éviter le recours aux extractions en cas d'infections per- et post-chimiothérapie.

– *Pendant* :

- il faut tenir compte de la situation hématologique du patient, si un acte est à réaliser en urgence, un bilan hématologique (NFS et bilan d'hémostase) doit être prescrit pour déterminer les conditions optimales de soins. Si les leucocytes sont $< 2\ 000/\text{mm}^3$ et plaquettes $< 100\ 000/\text{mm}^3$, il est préférable que le patient soit hospitalisé ;
- il faut insister sur l'importance des manœuvres d'hygiène du patient (brosse à

dents souple, bain de bouche antiseptique, remise en état de la denture).

• **Les patients sous biphosphonates (BP)** [8]

Administrés par voie intraveineuse (IV), les BP sont indiqués dans la prise en charge des myélomes multiples, la prévention des complications osseuses de certaines tumeurs malignes avancées, et le traitement des hypercalcémies malignes (**fig. 3**).



Fig. 3 Nécrose osseuse de la crête maxillaire droite chez un patient sous biphosphonate pour myélome multiple.

Tableau VII Traitements prophylactiques lors de certains actes dentaires [14].

Situation	Antibiotique	Contre-indications
Prophylaxie standard	Amoxicilline	Adulte : 3 g* Enfant : 50 mg.kg ⁻¹ per os 1 h avant le geste
Allergie aux β-lactamines	Clindamycine	Adulte : 600 g Enfant : 15 mg.kg ⁻¹ per os 1 h avant le geste
	Pristinamycine	Adulte : 1 g Enfant : 25 mg.kg ⁻¹ per os 1 h avant le geste
Voie orale inutilisable	Amoxicilline	Adulte : 2 g IV (perfusion de 30 mn) dans l'heure précédant le geste, puis 1g per os 6 h plus tard Enfant : 50 mg.kg ⁻¹ IV (perfusion de 30 mn) dans l'heure précédant le geste, puis 25 mg.kg ⁻¹ per os 6 h plus tard
Allergie aux β-lactamines et voie orale inutilisable	Vancomycine**	Adulte : 1 g IV (perfusion de 60 mn) dans l'heure précédant le geste Enfant : 20 mg.kg ⁻¹ IV (maximum 1 g) dans l'heure précédant le geste
	Teicoplanine	Adulte : 400 g IV (directe) dans l'heure précédant le geste Enfant : pas encore d'AMM en prophylaxie

* Évolution liée aux dernières données de la science.

** La vancomycine n'a pas d'AMM dans cette indication ; son usage est recommandé par la Cinquième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de 1992 [38].

Administrés par voie orale à faible dose, les BP sont indiqués dans le cas d'ostéoporose post-ménopausique chez les femmes à haut risque de fracture, le traitement de l'ostéoporose masculine, de l'ostéoporose cortico-induite.

Le praticien odontologiste peut être confronté à deux situations cliniques différentes :

– *Le patient consulte avant la prise du traitement.*

- par IV : faire un bilan radiographique complet pour éliminer tous les foyers infectieux et attendre la cicatrisation muqueuse et osseuse si possible avant de commencer le traitement (soit quatre mois) ;

- par voie orale : faire le bilan radiographique et les soins nécessaires. Ces soins ne

Tableau VIII Indication de l'antibiothérapie dans les infections dentaires et du parodonte chez le sujet sain et le sujet à risque d'infection A ou B [14].

PATHOLOGIES	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet considéré SAIN	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet À RISQUE D'INFECTION	
		locale / générale Risque A	à distance Risque B
Caries			
• Émail	NJ	NJ	NJ
• Dentine	NJ	NJ	NJ
Pulpopathies et complications périradiculaires			
• Pulpopathie			
– Pulpite transitoire réversible	NJ	NJ	NJ
– Pulpite aiguë et chronique irréversible	NJ	ND	ND
• Complications de la pathologie pulpaire			
– Avec lésions périradiculaires (desmodontite apicale)	ND	ND	R
– Aiguë (abcès périapical)	R	R	R
– Chronique (granulome, kyste radiculo-dentaire)	NJ	ND	ND
• Nécrose pulpaire	NJ	R	R
Traumatismes alvéolo-dentaires			
• Simple	ND	ND	ND
• Complicés avec effraction de muqueuse et/ou osseuse associée	ND	R	R
Maladies parodontales			
• Gingivite chronique	NJ	ND	ND
• Gingivite associée à des maladies systémiques	SO	ND	ND
• Gingivite associée à la prise de médicaments	SO	ND	ND
• Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN)	R	R	R
• Parodontites agressives			
– Prépubaire	R	R	R
– Juvénile	R	R	R
– Parodontite à progression rapide	R	R	R
• Parodontite chronique	ND	R	R
• Parodontite réfractaire	R	R	R
• Abcès parodontal	NJ	R	R
Accidents d'éruption dentaire			
• Dent temporaire	NJ	ND	R
• Dent permanente (péricoronarite)	R	R	R

NJ = non justifiée ; ND = non déterminée : sans preuves scientifiques, études à prévoir ; R = recommandée par accord professionnel ; SO = sans objet : patients non considérés comme des sujets sains.

doivent pas retarder l'instauration du traitement par BP chez les patients à risque élevé de fractures.

– *Le patient consulte en cours de traitement ou a déjà été traité.*

- par IV :

- réaliser un suivi : celui-ci sera pratiqué par un spécialiste tous les quatre mois et au moindre symptôme bucco-dentaire, en collaboration avec l'oncologue ;
- dépister et traiter les foyers infectieux par des gestes aussi peu agressifs que possible pour l'os, le parodonte et la muqueuse. Il faut éviter d'intervenir mais, en cas d'obligation (mobilité dentaire > 3 ou foyer infectieux avéré), une antibiothérapie (à commencer la veille et jusqu'à la fin de la cicatrisation) et un protocole strict (utilisation d'anesthésique sans vasoconstric-

teur, éviter de traumatiser l'os et de laisser de l'os exposé dans la cavité buccale en réalisant des sutures hermétiques) sont indispensables ;

- par voie orale : réaliser un suivi bucco-dentaire au minimum une fois par an.

Attention :

- le patient doit être averti du risque d'ostéonécrose, de la nécessité d'avoir une hygiène efficace et de réaliser des contrôles réguliers par son praticien ;
- le patient doit être averti qu'en cas de douleur, d'inflammation ou d'infections buccales (le patient constate : rougeur, gonflement, température), il doit venir consulter en urgence.

Si l'ostéonécrose est avérée, le patient doit être adressé en milieu hospitalier.

Tableau IX Indication de l'antibiothérapie dans les autres infections bucco-dentaires chez le sujet sain et le sujet à risque d'infection A ou B [14].

PATHOLOGIES	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet considéré SAIN	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet À RISQUE D'INFECTION	
		locale / générale Risque A	à distance Risque B
Cellulites			
• Aiguë circonscrite	R	R	R
• Aiguë diffuse	R	R	R
• Chronique*	NJ	R	R
• Diffuse (de type gangréneux)*	R	R	R
• Actinomyose cervico-faciale**	R	R	R
Ostéites			
• Alvéolite sèche	NJ	NJ	R
• Alvéolite suppurée	R	R	R
• Ostéite (maxillo-mandibulaire)	R	R	R
• Sapho (mandibulaire)	NJ	NJ	NJ
• Ostéo-radionécrose	R	R	R
Stomatites bactériennes	R	R	R
Infections bactériennes des glandes salivaires			
• Sous-mandibularités	R	R	R
• Parotidites	R	R	R

NJ = non justifiée ; ND = non déterminée : sans preuves scientifiques, études à prévoir ; R = recommandée par **accord professionnel** ;
* sur argument bactériologique ; ** sur argument bactériologique et anatomo-pathologique.

• **Le patient irradié au niveau orofacial** [9]

La prise en charge bucco-dentaire avant, pendant et après la radiothérapie est indispensable quelles que soient les modalités de l'irradiation. Elle doit être adaptée selon le territoire irradié.

Les complications bucco-dentaires peuvent être prévenues par une mise en état préalable de la denture (éradication des foyers infectieux ou des dents suspectes).

Les caries dentaires souvent consécutives à l'hyposialie peuvent être évitées par une fluorothérapie.

L'avulsion d'une dent dans la zone d'irradiation peut être à l'origine d'une ostéoradionécrose. Il est nécessaire de pratiquer cet acte sans utiliser de vasoconstricteur, avec une asepsie rigoureuse sous couvert d'une antibiothérapie et après un bilan hématologique. La suture des berges est souhaitable ainsi que l'utilisation de colle biologique (disponible uniquement en milieu hospitalier).

• **Le patient dénutri alcoolo-tabagique**

Chez le patient alcoolo-tabagique qui présente des problèmes psychologiques associés à une hygiène bucco-dentaire défectueuse et à des troubles hématologiques, la chirurgie parodontale est contre-indiquée.

> **Patients à risque B**

Les cardiopathies qui prédisposent au développement d'une endocardite infectieuse (**tableaux IV et V**) font l'objet des mêmes actes contre-indiqués et des mêmes recommandations que pour les patients à risque d'endocardites.

En ce qui concerne les infections sur prothèses articulaires (**tableau IV**), en l'absence de recommandations spécifiques, la prise en charge de ces patients s'apparente à celle réalisée chez les patients à risque d'endocardite.

L'antibiothérapie curative

Elle concerne les infections bucco-dentaires bactériennes. Elles sont classées selon leurs

Tableau X Indication de l'antibiothérapie dans la pathologie des implants et la régénération tissulaire parodontale chez le sujet sain et le sujet à risque d'infection A ou B [14].

PATHOLOGIES	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet considéré SAIN	ANTIBIOTHÉRAPIE chez le sujet À RISQUE D'INFECTION	
		locale / générale Risque A	à distance Risque B
Pathologies associées aux implants dentaires			
Lésions péri-implantaires infectieuses («péri-implantites»)			
• Précoces, avant mise en charge de l'implant dentaire (4 à 6 mois post-opératoire)	NJ	R	SO
• Tardives, après mise en charge de l'implant dentaire (> 4 à 6 mois)	NJ	R	SO
Régénération tissulaire parodontale			
• Membranes (intérêt ?)	ND	R	SO
• Greffes osseuses	ND	R	SO
• Matériaux de complément	ND	R	SO

NJ = non justifiée ; ND = non déterminée : sans preuves scientifiques, études à prévoir ; R = recommandée par accord professionnel ; SO = sans objet : patients non considérés comme des sujets sains.

sites : pulpe et périapex, tissus mous, tissus osseux, parodonte, site d'éruption, sinus maxillaire, glandes salivaires, et infections à

distance et selon l'état de santé général du patient : sain, risque A ou risque B (**tableaux V, VI, VII**).

Prescriptions

Pour éviter les interactions ou les contre-indications médicamenteuses, le praticien doit connaître le traitement exact que suit le patient (type de médicament, posologie, durée du traitement, fréquence), ainsi que les complications qui lui sont associées.

L'automédication est à dépister au sein de l'EM. Par exemple, il convient de vérifier que le patient n'a pas pris d'Aspirine pour maîtriser sa douleur, quelques jours avant ou le jour même du rendez-vous.

L'EM est également très utile pour identifier une pathologie qui risque d'être exacerbée par les médicaments qui sont habituellement prescrits en postopératoire.

Par exemple :

- prudence en cas d'allergie ;
- contre-indications des anti-inflammatoires

non stéroïdiens et de l'acide acétylsalicylique en cas d'affection gastro-intestinale ou de trouble de l'hémostase [6, 7] ;

- contre-indication ou posologie adaptée pour les médicaments métabolisés par le foie en cas d'affection hépatique ou néphrotoxique en cas d'insuffisance rénale chronique ;
- changer de molécules en cas de prescriptions multiples antérieures chez un patient à risque d'endocardite [11].

Enfin, l'EM permet de savoir si une patiente est enceinte et donc d'envisager les précautions à prendre en fonction du stade de la grossesse (prescription et contre-indication des médicaments tératogènes) et de prévoir les éventuelles complications liées à cet état physiologique (nausées, diabète, fatigue...) avant toute prescription et intervention.

Conclusion

Seule l'EM, lors de l'interrogatoire, permet d'établir l'attitude de l'odontologiste :

- traiter le patient en milieu hospitalier ou en cabinet de ville ;
- utiliser des anesthésiques locaux, avec ou sans vasoconstricteur ;
- pouvoir contrôler l'hémostase ;
- évaluer ou gérer l'anxiété et le stress du patient ;
- prévenir et traiter l'infection ;

- orienter la prescription en fonction du contexte pathologique du patient.

L'avis du médecin traitant reste souvent l'élément primordial de décision. L'odontologiste, quant à lui, éclairé sur le risque encouru, pourra gérer et assurer la prise en charge psychologique du patient, ce dernier étant mieux sensibilisé sur l'importance de son état de santé pour la bonne conduite du traitement bucco-dentaire. ■

Bibliographie

1. Grubwierser GJ, Baubin MA, Strobl HJ, Zangerle RB.
Urgences au cabinet dentaire.
Paris : Maloine, 2006.
2. Descroix V, Yasukawa K.
Les médicaments en odonto-stomatologie.
Paris : Maloine, 2005.
3. Sites internet :
Société française de médecine buccale et chirurgie buccale SFMBCB 2002.
Au sujet de l'emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie.
http://www.societechirbuc.com/Recommandations/recommandations_vasoconstricteurs.pdf.
4. Jobin F.
L'hémostase.
Paris : Maloine, 1995.
5. Dridi SM, Barbey T, Danan M, Wierzba CB.
Importance du questionnaire médical en chirurgie buccale et en parodontie.
Act Odonto Stomatol 1998;201:15-28.
6. Société française de médecine buccale et chirurgie buccale.
Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie. Recommandations.
http://www.societechirbuc.com/Recommandations/recommandations_antiplaquettaires.pdf
7. Société française de médecine buccale et chirurgie buccale.
Prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. Recommandations.
http://www.societechirbuc.com/Recommandations/recommandations_avk.pdf
Consulté en juillet 2009.
8. AFSSAPS
Stratégies et recommandations de l'AFSSAPS (décembre 2007).
[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Recommandations-sur-la-prise-en-charge-bucco-dentaire-des-patients-traites-par-bisphosphonates/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Recommandations-sur-la-prise-en-charge-bucco-dentaire-des-patients-traites-par-bisphosphonates/(language)/fre-FR)
9. Commission des dispositifs médicaux de l'ADF.
Le chirurgien-dentiste face au cancer.
dossier ADF, 2009:146-7.
10. Dridi SM, Arreto JD, Danan M.
Chirurgie et hémostase.
Réalités Cliniques 2000;11:225-38.
11. Ejeil AL, Dridi SM, Wierzba C.
Dépistage des syndromes hémorragiques.
Act Odonto Stomatol 2000;212:467-77.
12. Dridi SM, Arreto CD, Gaudy JF, Danan M.
Patients traités par anti-vitamines K, que faire en pratique courante ?
Inf Dent 2005;11:607-14.
13. Aillaud MF.
Hémostase et thrombose.
4^e édition. Joué-les-Tours : La simarre, 1994.
14. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Prescriptions des antibiotiques en odontologie et stomatologie.
In : AFSAPPS>
dossiers thématiques> antibiothérapie.
<http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Antibiotherapie/Recommandations/>
Consulté en juillet 2009.

SUMMARY

Medical set of questions in odontostomatology : necessity, applications, obligations

Caroline GORIN,
Sophie-Myriam DRIDI,
Claude-Bernard WIERZBA,
Anne-Laure EJEIL

The medical investigation, often unmarked, is an indispensable tool in our daily practice.

It is in the form of a written questionnaire, dated and signed by the patient completed by an oral interview with the practitioner who can then assess the state general health of the patient, medical monitoring, and medications past, present or future.

The dentist can properly plan the various stages of the treatment plan and take treatment decisions necessary, with all precautions and medical technology necessary.

Keywords

- medical investigation
- medical questionnaire
- recommendations
- risk patients



Web of Conferences

Annoncez gratuitement vos prochaines manifestations sur www.webofconferences.org

AGENDA INTERNATIONAL DE CONFÉRENCES

- Recherchez une conférence ou un congrès
- Annoncez gratuitement une manifestation

PUBLICATION ET DIFFUSION D'ACTES DE CONFÉRENCE

- Publication en ligne sur un site web dédié
- Libre accès à tous les documents
- Articles identifiables et citables (DOI, Crossref)
- Hébergement sans limite de temps
- Création de collections
- Impression de livres et/ou de CDs

EDP SCIENCES

Web of Conferences est un service EDP Sciences