

Université de Constantine 3
Faculté de Médecine
Département de Médecine Dentaire

CARDIOPATHIES ET CAVITE BUCCALE

Dr S.YKHLEF & Service de Pathologie et chirurgie buccale

Sommaire

Introduction

I-Généralité

II-Facteurs de risque

III-Le risque infectieux :

III.1.Définition de l'endocardite infectieuse :

III.2.Pathogénie :

III.3. Bactériologie :

III.4.L'incidence des bactériémies selon la nature des soins dentaires

III.5.Diagnostic :

III.6.Evolution :

III.7.Prise en charge bucco dentaire :

III.7.1.Classification des cardiopathies en fonction du risque oslérien

III.7.2.Gestes justifiant l'antibioprophylaxie :

III.7.3.Prophylaxie de l'EI

Les mesures prophylactiques recommandées par l'ANSM2011 pour prévenir l'EI

Les mesures prophylactiques recommandées par ADA2017 pour prévenir l'EI

IV-Le risque hémorragique :

IV1.Rappel physiologique de l'hémostase

IV.2.Risque hémorragique lié à la prise des médicaments :

IV.3. Mesure de l'activité anticoagulante chez les cardiopathies :

IV.4. Précaution à prendre en pratique dentaire :

V. Le risque syncopal :

V.1. Définition :

V.2.Etiologies

V.3.Clinique

V.4.Prévention du syncope au cabinet dentaire :

CONCLUSION

Bibliographie

INTRODUCTION :

Le chirurgien dentiste est confronté dans sa pratique quotidienne par la fréquence de certaines maladies, notamment le diabète, cardiopathe, IRC

Afin de prendre en charge efficacement et en toute sécurité ses patients, Le chirurgien dentiste doit connaître leur état de santé .En effet une maladie ou un traitement peut avoir des répercussions buccales directes ou indirectes, qu'il faut la connaître et l'anticiper .

A l'inverse un acte bucco-dentaire réalisé sans précautions peut avoir des conséquences parfois gravissimes dans certains contextes médicaux.

La prise en charge d'un malade présentant une cardiopathie doit mettre en garde l'odontologiste vis –à vis de trois risques:

- Le risque infectieux
- Le risque hémorragique
- Le risque syncopal

I-Généralité

II-Facteurs de risque

-Obésité ,hypercholestérolémie ,Diabète , tabac à chiquer et à fumer

III-Le risque infectieux :

III.1.Définition de l'endocardite infectieuse :

L'endocardite infectieuse ou maladie d'osler décrite par OSLER en 1885 :c'est la greffe microbienne sur une valve cardiaque ou cœur antérieurement lésé

III.2.Pathogénie :

Efraction muqueuse ou cutanée les germes se greffent sur l'endocarde les plaquettes siègent sur la lésion dépôt de fibrines se constituent créant de végétations de taille et de dimensions variables

III.3. Bactériologie :

Efraction muqueuse ou cutanée les germes se greffent sur l'endocarde les plaquettes siègent sur la lésion dépôt de fibrines se constituent créant de végétations de taille et de dimensions variables

-les germes en causes: streptocoques, staphylocoques,....

-les levures représentent 1,2 à 2,6%

III.4.L'incidence des bactériémies selon la nature des soins dentaires :

- 18 - 85% pour les extractions dentaires.
- 60 - 90% pour une chirurgie parodontale.
- 7 -82% pour un détartrage.
- 0-26 % lors du brossage
- 17-51% système d'irrigation ,mastication

III.5.Diagnostic :

-Syndrome infectieux (Fièvre,

-Hémoculture positive

-Hématurie ,purpura

III.6.Evolution :

La véritable « guérison » :disparition du syndrome infectieux,-des hémocultures

Rechutes ,stabilisation ,l'aggravation progressive

Le pronostic de cette maladie est réservé car c'est une forme très grave de septicémie

III.7.Prise en charge bucco dentaire :

III.7.1.Classification des cardiopathies en fonction du risque oslérien

Cardiopathies à haut risque	Cardiopathies a risque	Cardiopathies sans risque
<p><u>1/prothèse valvulaire</u> : La localisation aortique ou mitrale de la prothèse, le type de la Prothèse (mécanique ou bioprothèse) ne modifient pas le risque ; les polyvalvulaires sont plus menacés.</p> <p><u>2/cardiopathies congénitales cyanogènes</u> : même après shunt palliatif ou chirurgie incomplète</p> <p><u>3/antécédents d'EI</u> : Ils exposent à un risque élevé de récidence.</p>	<p><u>1/valvulopathies aortiques et mitrales</u> : les 2 orifices sont atteints dans la même proportion</p> <p><u>2/cardiopathies congénitales non cyanogènes</u> : La communication interventriculaire est le plus souvent en cause. En l'absence de shunt résiduel, sa correction chirurgicale fait disparaître le risque d'EI, à la différence de celle des sténoses aortiques congénitales</p> <p><u>3/cardiomyopathies obstructives</u> : elle semble comporter un risque d'EI d'autant plus que le gradient est élevé.</p>	<p>*la communication interauriculaire</p> <p>*le prolapsus valvulaire mitral à valves fines sans souffle</p> <p>*les calcifications de l'anneau mitral</p> <p>*les cardiopathies ischémiques, hypertensives ou dilatées.</p> <p>*Les patients opérés de pontage aorto-coronarien, de shunt gauche-droit sans communication résiduelle</p> <p>*les porteurs de stimulateur cardiaque ou de défibrillateur implantable.</p> <p>*Les manœuvres modernes de cardiologie interventionnelle (valvuloplastie,percutanée, prothèses endo coronaires, etc.)</p> <p>*les affections vasculaires périphériques.</p>

Tableau 1
Cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse

Groupe A : Cardiopathies à haut risque	Groupe B : Cardiopathies à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses) • Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique) • Antécédents d'endocardite infectieuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Valvulopathies : IA, IM, RA*, • PVM* avec IM et/ou épaissement valvulaire • Bicuspidie aortique • Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA* • Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)

* IA : insuffisance aortique ; IM : insuffisance mitrale ; RA : rétrécissement aortique ; PVM : prolapsus de la valve mitrale ; CIA : communication interauriculaire (cardiopathie non à risque).

III.7.2. Gestes justifiant l'antibioprofylaxie :

La réalisation des gestes invasifs est associée à un risque augmenté d'EI.

On définit un acte invasif tout acte susceptible d'entraîner une bactériémie jugée significative, alors il s'agit d'un risque d'infection locale, à distance ou générale.

Par contre, un acte est dit non invasif lorsqu'il n'entraîne pas une bactériémie ou une bactériémie dite non significative.

Les actes invasifs contre indiqués chez les patients à haut risque d'EI	Actes invasifs autorisés	Actes non invasifs
1/Anesthésie intra ligamentaire ; 2/Traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire ; traitement endodontique des dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans champ opératoire (digue) * 3/Amputation radiculaire ** 4/Transplantation ; 5/Réimplantation ; 6/Chirurgie péri-apicale 6/Chirurgie parodontale (chirurgie de la poche, chirurgie plastique) 7/Chirurgie implantaire et des péri-implantites 8/Mise en place de matériaux de comblement 9/Chirurgie pré orthodontique des dents incluses ou enclavées.	1/Mise en place d'une digue 2/Soins endodontiques Traitement des dents à pulpe vitale* 3/Soins prothétiques à risque de saignement 4/Soins orthodontique à risque de saignement 5/Actes et soins parodontaux : Détartrage avec et sans surfaçage radiculaire, Sondage parodontal 6/Avulsion dentaire : Dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racines, Dent de sagesse mandibulaire incluse, Dent incluse (hors dent de sagesse mandibulaire), dent en désinclusion, germectomie 7/Chirurgie osseuse (Hors actes de chirurgie maxillo-faciale et ORL) 8/Exérèse des tumeurs et pseudotumeurs bénignes de la muqueuse buccale 9/Frénectomie 10/Biopsie des glandes salivaires accessoires	1/Actes de prévention non sanglante 2/ soins conservateurs 3/soins prothétiques non sanglants 4/dépose postopératoire de sutures 5/pose de prothèses amovibles 6/pose ou ajustement d'appareils orthodontiques 7/prise de radiographies dentaires.

* : Les soins endodontiques chez les patients du groupe à haut risque d'endocardite infectieuse doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire est accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées et, à la rigueur, à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles.

** : La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisée qu'en l'absence de toute atteinte parodontale. Les pulpopathies, les parodontopathies et les traumatismes nécessitent l'extraction.

III.7.3. Prophylaxie de l'EI

La prévention est basée sur 2 volets :

- **Des règles d'hygiène** : applicables chez tous les patients à risque d'EI quel que soit le niveau de ce risque. L'hygiène bucco-dentaire revêt un caractère fondamental dans la prévention des infections buccales et de l'endocardite infectieuse
- **Une antibioprofylaxie** : depuis les dernières recommandations de l'ANSM en 2011, seuls les patients à haut risque d'EI sont concernés par les protocoles de prévention infectieuse.
- Tout foyer infectieux doit être traité par une antibiothérapie curative.
- Chez les patients à risque EI les soins endodontiques doivent être exceptionnels.

Les mesures prophylactiques recommandées par l'ANSM2011 pour prévenir l'EI

	Produit	Posologie et voie d'administration (prise unique 1H avant)
	Amoxicilline	Adulte : 2g per os Enfant : 50 mg/kg per os
Allergie aux β -lactamines	Pristinamycine Ou Clindamycine	600 mg peros 1g peros Enfant:20mg/kg de clindamycine à partir de 6ans

Les mesures prophylactiques recommandées par ADA2017 pour prévenir l'EI

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

IV-Le risque hémorragique :

IV1.Rappel physiologique de l'hémostase

L'hémostase passe par trois phases :

- Hémostase primaire
- Coagulation plasmatique
- Fibrinolyse

IV.2.Risque hémorragique lié à la prise des médicaments :

Chez les malades sous anticoagulants , antiagrégants et les thrombolytiques : les antivitamines K, Salicylés ,Clopidrogel

IV.3. Mesure de l'activité anticoagulante chez les cardiopathies :

Taux de prothrombine :

☞ $30\% \leq TP \leq 45\%$

⌚ SI TP $30\% <$ risque hémorragique

⌚ SI TP $>45\%$ risque de thrombose

♫ **INR:** entre ☞ INR thérapeutique:2- 3

Pathologies indiquant le traitement AVK	Zone thérapeutique de l'INR
Prévention des embolies systémiques en cas de :	
• Fibrillation auriculaire	2 - 3
• Prothèses valvulaires tissulaires	2 - 3
• Prothèses mécaniques aortiques à faible risque embolique *	2 - 3
• Autres prothèses valvulaires mécaniques	3 - 4,5
• Valvulopathies mitrales sévères avec facteurs favorisants	3 - 4,5
• Infarctus du myocarde avec thrombus mural ou dyskinésie emboligène	2 - 3
Traitement de la maladie thromboembolique veineuse	2 - 3

* Prothèse double ailette, patient en rythme sinusal sans antécédent embolique

Recommandations de la société de médecine buccale et chirurgie buccale pour la prise en charge des patients sous traitement anti-vitamine K

L'arrêt des AVK avant une intervention chirurgicale n'est pas justifiée

- ☞ INR stable <4 : prise en charge hospitalière
- ☞ INR >3 risque hémorragique élevé
- ☞ Relai avec l'héparine

IV.4. Précaution à prendre en pratique :

- Prescription d'ATB n'est pas systématique
- Prescription d'AINS et de tétracyclines est déconseillée (potentialise l'effet des AVK)
- L'utilisation des pénicillines à forte dose inhibe l'action des AVK
- Anesthésie tronculaire contre-indiquée (risque d'hématome)

Moyens locaux :

- **Compression immédiate**
 - Compression bidigitale et interposition de compresse
 - Eponge hémostatique
 - Sutures
 - Colle chirurgicale :cyanoacrylate
 - Application de BDB passive des anti fibrinolytiques
- **Compression médiate**
 - Gouttière hémostatique
 - Moyens physiques (thermo coagulation, laser chirurgical)



V. Le risque syncopal :

V.1. Définition :

C'est une perte de connaissance complète par défaut d'irrigation cérébrale ,cette perte est brève et accompagnée d'une dissolution brusque du tonus musculaire

V.2.Etiologies

- Trouble du rythme: tachycardie ,bradycardie
- Rétrécissement aortique serré
- Embolie pulmonaire
- Tétralogie de Fallot

V.3.Clinique

- Perte de connaissance totale
- Pâleur intense avec cyanose
- Mydriase bilatérale
- Pouls non perçu,
- TA imprenable

V.4.Prévention du syncope au cabinet dentaire :

- Interroger le patient sur son état général et sur les antécédents
- Le patient ne doit pas être à jeun
- ☞ Éviter les séances laborieuses
- ☞ Patient en décubitus dorsal
- ☞ il faut relever le patient progressivement lors des soins
- ☞ Prémédiquer le patient
- ☎ Appeler le SAMU en cas de syncope

CONCLUSION

L'odonto-stomatologiste joue un rôle important dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces malades tarés

La prise en charge doit se faire en suivant les protocoles issus de recommandations de sociétés savantes, ou de consensus professionnels.