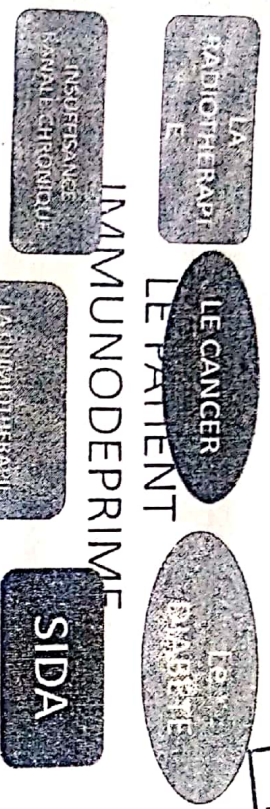


U 3
Chir-Dent
 1 2 3 (45)

30.00



Plan de la présentation

- I-Introduction
- II-Etiologie
- III-Le risque infectieux
- IV-Attitude préventive de l'odontologiste face à un patient immunodéprimé
 - IV-1 Flore buccale et patient immunodéprimé
 - IV-2 Risque inhérent à l'anesthésie locale
 - IV-3 Risque inhérent à l'acte chirurgical
 - IV-4 Adaptations thérapeutiques
 - IV-5 Particularités du patient hépatique
 - IV-6 Particularités du patient HIV
 - IV-7 La corticothérapie au long cours

I-Introduction

Les maladies qui entraînent une immunodépression représentent un groupe très hétérogène de pathologie allant des plus rares (déficits immunitaires congénitaux), à des pathologies beaucoup plus fréquentes (cancer, corticothérapie, diabète, SIDA.....). Les patients immunodéprimés ont une susceptibilité élevée aux infections, qui doit être prise en compte par l'odontologiste lors de sa prise en charge bucco-dentaire.

Définition:

Les patients immunodéprimés présentent un dysfonctionnement d'un ou plusieurs éléments du système immunitaire. Le système immunitaire est constitué d'un ensemble de cellules (lymphocytes, polynucléaires, monocytes, et macrophages: immunité cellulaire), et de molécules (complément, cytokines: immunité humorale), dont le rôle est d'assurer l'intégrité de l'organisme en le protégeant contre les substances étrangères ou les agents infectieux auxquels il est exposé. Les déficits immunitaires peuvent toucher l'immunité cellulaire et humorale.

Étiologie

On distingue habituellement:

- les déficits primaires ou congénitaux
- les déficits secondaires ou acquis de l'immunité

les déficits primaires de l'immunité

Déficits des cellules de l'immunité: lymphocytes B

lymphocytes T

Déficits des cellules phagocytaires

Déficits du complément

➤ **Le risque B:** correspond aux patients à risque d'infection liée à une localisation secondaire de la bactérie, c'est-à-dire un nouveau foyer infectieux situé à distance du foyer primaire (endocardite infectieuse et infection sur prothèse articulaire)

les patients immunodéprimés correspondent au risque A.

III- le risque infectieux:

- Le risque principal du patient immunodéprimé au décours de sa prise en charge par l'odontologiste est le risque infectieux, l'AFSSAPS a défini en 2001 deux catégories de patients à risque d'infection:
- le **risque A:** correspond aux patients à risque d'infection identifiée localement et/ou d'infection générale (septicémie)

IV-Attitude préventive de l'odontologiste face à un patient immunodéprimé

IV-1 Flore buccale et patient immunodéprimé:

- ❖ la cavité buccale constitue un réservoir de microorganismes pouvant être à l'origine de bactériémie chez le patient immunodéprimé.
- ❖ La modification de cette flore est due à la chimiothérapie, l'utilisation fréquente des antibiotiques, la maladie de base
- ❖ L'augmentation quantitative et qualitative des germes + des défenses immunitaires, augmente le risque de bactériémie.

IV-2 Risque inhérent à l'anesthésie locale:

- ✓ La réalisation de l'anesthésie locale n'est pas contre-indiquée chez le patient immunodéprimé
- ✓ L'anesthésie intraligamentaire est contre-indiquée chez certains patients vue le risque de bactériémie.

IV-3 Adaptations thérapeutiques:

- **Traitement antibiotiques:**
- le risque infectieux local et le risque de dissémination à distance des germes de la CB,
- justifient la prescription d'antibiotiques lors des gestes odontologiques
- l'AFSSAPS a publié en 2001 des recommandations entourant cette prescription.

	Antibiotérapie	Antibio-prophylaxie
Penicillines		
Amoxicilline	1g x 3/j	2g
Amoxicilline-acide clavulanique	1g x 3/j	2g
Macrolides		
Erythromycine	1g x 2/j	
Josamycine	1g x 2/j	4,5 MU
Spiramycine	3 MU x 2 ou 3x /j	
Clarithromycine	250mg X2/j	
Snitro-imidazole		
métronidazole	500m x3/j	750mg
Lincosamides		
clindamycine	600mg x3/j	600mg
Stroptogramines		
pristinamycine	1g x2 ou x3 /j	

2

- **Antibiothérapie prophylactique:** est de prévenir le risque d'infection localisée à la cavité buccale ou disséminée à l'ensemble de l'organisme, lié à un geste buccal
- **Antibiothérapie curative:**
Est indiquée dans le trt de l'abcès périapical, la nécrose pulpaire, des traumatismes alvéolo-dentaires compliqués, GUNA, parodontites, péri coronaires...

13

- **Principaux antibiotiques utilisés en odontologie:**
Parmi les ATB fréquemment employés les pénicillines ne présentent pas de risque d'interactions médicamenteuses, donc En revanche les macrolides sont des inhibiteurs enzymatiques, donc risque d'augmenter les taux sanguins métabolisés.

14

Antibiotiques inhibiteurs enzymatiques

-Erythromycine, Josamycine,

-Clarithromycine

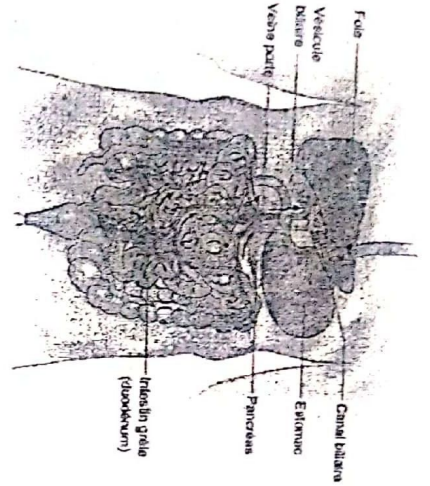
Effets des interactions médicamenteuses

- Cyclosporine: majoration de l'immunosuppression et de la néphrotoxicité
- Anti vitamines K: risque hémorragique accru
- Statines:
 - Dérivés de l'ergot de seigle: gangrène des membres
 - Caféamazipiline: majoration des effets sédatifs
- Inhibiteurs calciques: risque d'hypotension

IV-5 Insuffisance hépatique:

Se définit essentiellement par l'atteinte des fonctions de synthèse du foie, elle se présente sous deux formes :

- **Aigue**
- virus de l'hépatite A, B, C, D, E
- intoxication au paracétamol
- **Chronique:** la cirrhose



Classification:

VIRUS		MODE DE TRANSMISSION	
VHA	Oro-fécale	VHB	Parentérale, sexuelle, et materno-foetale
VHC	Parentérale, sexuelle, et materno-foetale Piercing, soins dentaires	VHD	Parentérale, sexuelle
VHE	Oro-fécale		

IV-5-1 Hépatite:

-c'est une inflammation aiguë ou chronique du foie, qui provoque sa dilatation, sa sensibilité et son dysfonctionnement.
- elle est due au virus de l'hépatite A, B, C, D, ou E

Virus

Traitements de tt spécifiques

VHB aiguë	-Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance -Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques
VHB chronique	-TRT ANTIVIRAL : LAMIDUVINE (EPIVIR), ENTECAVIR (BARACLUDE)
VHC aiguë	-Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance
VHC chronique	-INTERFERONS (PEGASYS) associé à la RIBAVIRINE (COPEGUS)
VHD	-SI le passage à la chronicité, même prise en charge q -VHB
VHE	-Pas de tt spécifiques -Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance

3

Prise en charge bucco-dentaire

Dues à la maladie	Dues aux TIT Interférons antiviral	Type de risque	Précautions vis-à-vis de l'anesthésie	Précautions vis-à-vis de la prescription	Les sites bucco-dentaires
Gingivorragies Lèpre Lichen plan	érythème Thrombocytémie Neutropénie -pemphigus vulgaire -réactions lichénolides -gingivorragies	-injecteur du à la reutropénie Antibioticothérapie recommandée hémorragie du à la cirrhose, ou hépatite virale complicative	-lorsque le TP est normal pas de contre-indication à l'anesthésie -IM : TP -Pas d'anesthésie locorégionale -Eviter les anesthésiques métabolisés par le foie	-Eviter les médicaments hépatotoxiques surtout le paracétamol Dans le cas d'une hépatite aiguë ou patient alcoolique	Ne sont pas contre-indiqués (en tenant compte des particularités des sites)
xérostomie (interféron) Stomatite (ribavirin)					

Soins dentaires et insuffisance hépatique:

insuffisance hépatique, quelle qu'elle soit, en soit l'étiologie, pose deux problèmes liés à l'acte:

- En cas de prescription :

✓ La plupart des médicaments sont métabolisés par le foie, donc nécessite une réduction de la posologie de certains médicaments (macrolides)

✓ Des hémorragies sont également plus fréquentes du fait de la baisse des facteurs de coagulation notamment (le facteur IX), lors de la prescription de produits à action antiagrégante plaquettaire, des salicylés.

IV-5-2 Cirrhose:

C'est la nécrose des cellules hépatiques suivie de fibrose et de formation de nodules surtout à la suite de l'alcoolisme chronique.

Soins dentaires et pathologie hépatique

La plupart des médicaments administrés au cours de traitements dentaires sont métabolisés par le foie et peuvent affecter la fonction des enzymes hépatiques (voir tableau 8.1).

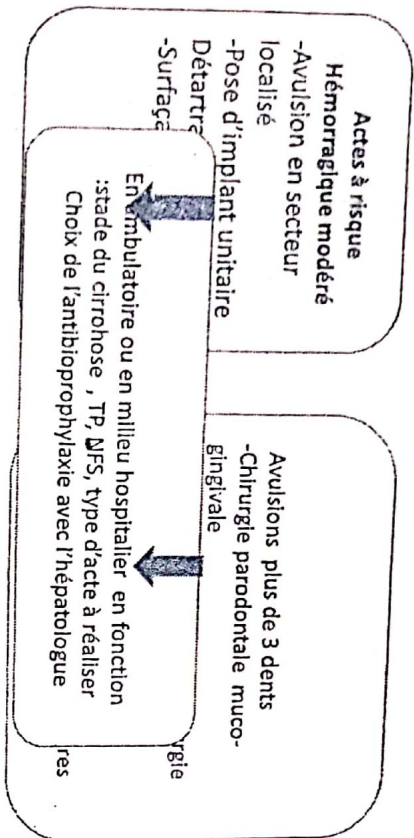
Tableau 8.1
Médicaments à éviter ou à changer au cours de soins dentaires de patients présentant une pathologie hépatique

Nom du médicament	Effet ou modification nécessaire
Paracétamol	Limiter la dose quotidienne à 2 g en cas de maladie décompensée
AINS	Eviter en cas de maladie décompensée
Amoxicilline	Pas de changement
Métronidazole	Réduire la dose à 1/3 et la fréquence à une fois par jour en cas de maladie décompensée
Cloxaciline	Eviter
Tétracycline	Eviter
Miconazole	Eviter en cas de maladie décompensée
Lidocaine	Eviter
Hydrocortisone	Eviter

-En cas de chi

Actes à haut risque
hémorragique

-En cas de chirurgie: le risque hémorragique est très élevée



IV-6 PATIENTS VIH:

- ✓ Baisse progressive et irréversibles des lymphocytes T -CD4 < 200 / mm³
- ✓ Le virus est transmis par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale.

Le traitement

Le traitement associé plusieurs antirétroviraux :

- Inhibiteurs de protéase: KALETRA
- Analogues nucléotidiques de la transcriptase: inverse: Kivexa

- ✓Évolution naturelle en trois phases :
- La primo-infection : 2 à 8 semaines après la transmission et qui est asymptomatique ,grippe ,maux de tête, charge virale augmentée
- Phase asymptomatique qui peut durer 10ans ou plus.
- Phase SIDA: des infections opportunistes (sarcome de kaposi, infection pulmonaire, infection à cytomégalo virus , tuberculose).

Les manifestations buccales dues à la maladie

Lesions buccales fortement associées au VIH 7 lésions principales	Lesions buccales souvent associées au VIH
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Candidose ✓ Leucoplasie orale chevelue ✓ Maladie de KAPOSI ✓ LYMPHOME NON HODKINIEN ✓ Gingivite ulcéronécrotique ✓ Parodontite ulcéronécrotique ✓ Erythème gingival linéaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections bactériennes à mycobacterium - Infections virales (herpes varicelle) - Stomatite ulcéronécrotique - hypertrophie des glandes salivaires principales - lésions hémorragiques dues à la thrombopénie (purpura pétechies)

HTA de risque	HTA sans risque	HTA sans risque	HTA sans risque
<ul style="list-style-type: none"> - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes - Infections opportunistes

- Dues aux traitements:
 - Xérostomie (inhibiteurs de protéase)
 - Altération du goût
 - Ulcération buccales
 - pigmentations brunes

A RETENIR

- ☑ Contact systématique avec le médecin spécialiste
- ☑ Obtenir le dernier taux de LT CD4, la charge virale, NFS
- ☑ LT CD4 > 200/mm3, sans agranulocytose(PNN>500/mm3, ni thrombopénie <100.000/mm3 Tous les soins sont possibles en respectant les précautions suscitées.
- ☑ LT CD4 > 200/mm3, avec agranulocytose(PNN<500/mm3, ni thrombopénie <100.000/mm3 les soins sont possibles avec précautions en cabinet ou milieu hospitalier en fonction de l'acte invasif ou non



A RETENIR

- ☞ Importance de l'hygiène bucco-dentaire
- ☞ Précautions particulières en cas de thrombopénie
- ☞ Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses
- ☞ Protection rigoureuse (gants, masque, et lunettes)
- ☞ Prise en charge fin de la journée
- ☞ Déclaration en cas d'exposition au sang

Principales familles

	Équivalent de doses
Hydrocortisone	10mg
Prednisone	5mg
Prednisolone	5mg
Méthyprednisolone	4mg
Triamcinolone	4mg
Betaméthasone	0.75mg
Dexaméthasone	0.75mg

CORTICOTHERAPIE AU LONG COURS

- Les corticoïdes ont d'importantes propriétés anti-inflammatoires, antiallergiques, et immunomodulatrices
- La corticothérapie est dite au long cours lorsqu'elle dépasse 1 mois de trt

Principales indications

Maladies rhéumatoïdes systémiques	Maladies rhéumatoïdes systémiques
VASCULITES SÉVÈRES	MALADIE DE HORTON DE BEHÇET
INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE	MALADIE D'ADDISON
AUTRES	ASTHME MALADIE DE CROHN SCLÉROSE EN PLAQUE RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

15

Les complications

- Diabète cortico-induit, HTA, hyperlipidémie
- Ostéoporose
- Retard de cicatrisation
- Zona, herpès
- Névrose
- Risque d'insuffisance surrénalienne aigue

Prise en charge bucco-dentaire

Type de risque	
Infectieux	Immuno-dépression, retard de cicatrisation
Anesthésique	Pas de contre indication
Médicamenteux	Risque d'interaction médicamenteuse
Autres	Risque de crise d'insuffisance surrénalienne aigue

Répercussions buccales

- Retard de cicatrisation
- Mycose, réactivation d'un foyer infectieux

A RETENIR

- ☞ Prendre contact avec le médecin traitant
- ☞ Limiter le stress du patient
- ☞ Prémédication sédatrice
- ☞ En cas d'acte il faut doubler la dose d'hydrocortisone le matin de l'intervention
- ☞ Il ya risque d'insuffisance surrénalienne aigue en cas d'arrêt du trt, et en cas de stress intense .

- Ces quelques précisions indiquent l'importance fondamentale de l'interrogatoire, qui doit précéder tout acte médical et/ou chirurgical en odontostomatologie
- Le bilan biologique apporte des renseignements très utiles dans l'évaluation du terrain
- La pratique systématique de l'interrogatoire et l'interprétation correcte du bilan biologique permettent pour tout acte une meilleure évaluation du rapport bénéfice /risque et en conséquence une meilleure prise en charge du patient.