

Université de Constantine 3 Salah Bounider

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire

Service de pathologie et chirurgie buccales

LES PATIENTS IMMUNODEPRIMES ET CAVITE BUCCALE

PAR Dr YKHLEF service de pathologie et chirurgie buccales

Cours de pathologie et chirurgie buccales à l'usage des
étudiants de 4eme année

Année universitaire 2021/22

Plan

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

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

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.

I-DEFINITION

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

II-ETIOLOGIES

On distingue habituellement :

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

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)
 - **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.

IV-ATTITUDE PREVENTIVE DE L'ODONTOLOGISTE FACE A UN PATIENT IMMUNODEPRIME

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** à publié en 2001 des recommandations entourant cette prescription

	Antibiothérapie	Antibioprophylaxie
Penicillines Amoxicilline Amoxicilline-acide clavunique	1g x 3/J 1g x 3/J	2g 2g
Macrolides Erythromycine Josamycine Spiramycine Clarithromycine	1g X 2/J 1 g x 2/J 3 MUI x 2 ou 3x /J 250mg X2/J	4,5 MUI
5nitro-imidazolés métronidazole	500m x3/J	750mg
Lincosamides clindamycine	600mg x3/J	600mg
Stréoptogramines pristinamycine	1g x2 ou x3 /J	

- **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 alvéolodentaires compliqués ,GUNA, parodontites, péri coronarites...

- **Principaux antibiotiques utilisés en odontologie:**

Parmi les ATB fréquemment employés les pénicillines ne présentent pas de risque d'interactions médicamenteuses ,

En revanche les macrolides sont des inhibiteurs enzymatiques ,donc risque d'augmenter les taux sanguins métabolisés .

Antibiotiques inhibiteurs enzymatiques	Effet des interactions médicamenteuses
-Erythromycine, josamycine , -Clarithromycine	-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 -Carbamazépine : 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

IV-5-1 Hépatite :

C'est une inflammation aigue 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	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

Virus	TRAITEMENTS
VHA	-Pas de trt spécifiques -Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance
VHB aigue	-Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance
chronique	-TRT ANTIVIRAL :LAMIDUVINE(EPIVIR), ENTECAVIR(BARAC)
VHC aigue	-Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance
chronique	-INTERFERONS (PEGASYS) associé à la RIBAVIRINE (COPEGUS)
VHD	-Si le passage à la chronicité , même prise en charge que le VHB

VHE		-Pas de trt spécifiques -Arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques -Surveillance	
Dues à la maladie	Dues aux TRT Interférons antiviral	Type du risque	Précautions vis -à- vis de l'anesthésie
Gingivorragies Ictère Lichen plan	anémie, Thrombopénie Neutropénie -pemphigus vulgaire - Réactions lichénoides - Gingivorragies -xérostomie(interferons) Stomatites(ribavirine)	-infectieux du à la neutropénie Antibioprophylaxie recommandée hémorragique du à la cirrhose, ou hépatite virale compliquée	-lorsque le TP est normal pas de contre-indication à l'anesthésie -IH : TP -Pas d'anesthésie locorégionale -Eviter les anesthésies métabolisées par le foie

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 insuffisance hépatique:

L'insuffisance hépatique ,quelle qu' '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 facteurs IX),lors de la prescription de produits à action antiagrégante plaquettaire ,des salicylés .

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

Actes à risque hémorragique modéré

- Avulsion en secteur localisé
- Pose d'implant unitaire
- Détartrage sous gingival
- Surfaçage

Actes à risque hémorragique élevé

- Avulsions plus de 3 dents
- Chirurgie parodontale muco-gingivale
- Enucléation kystique et chirurgie apicale
- Desinclusion avec traction chirurgico-orthodontique
- Avulsions des dents temporaires

En ambulatoire ou en milieu hospitalier en fonction :stade du cirrhose , TP, NFS, type d'acte à réaliser ,choix de l'antibioprophylaxie avec l'hépatologue

IV-6 HIV

- ✓ Baisse progressive et irréversible des lymphocytes T -CD4 < 200/ mm³
 - ✓ Le virus est transmis par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale.
 - ✓ l'évolution naturelle en trois phases :
 - **La primo-infection** : 2 à 8 semaines après la transmission et qui est asymptomatique
 - **Phase asymptomatique** qui peut durer 10 ans ou plus.
- Phase SIDA**: des infections opportunistes (sarcome de Kaposi, infection pulmonaire, infection à cytomégalovirus, tuberculose)

Les manifestations buccales de la maladie HIV :

Lésions buccales fortement associées au VIH 7 lésions principales	Lésions 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 mycobactérium -infections virales (herpès, varicelle, -Stomatite ulcéronécrotique -hypertrophie des glandes salivaires principales -lésions hémorragiques dues à la thrombopénie (purpura, pétéchi)

Le traitement de l'HIV associe plusieurs antirétroviraux :

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

Les manifestations buccales dues aux traitements HIV:

- Xérostomie (inhibiteurs de protéase)
- Altération du goût
- Ulcérations buccales
- Pigmentations brunes

Type de risque	Précautions vis-à-vis de l'anesthésie	Précautions vis-à-vis de la prescription	Précautions vis-à-vis de l'acte bucco-dentaire

-infectieux+++++ LT CD4 <200/mm3 Leucopénie , neutropénie	Pas de précautions particulières	Macrolides(clarythromycine, érythromycine) interaction avec le trt de HIV - Ibuprofène avec précaution chez le patient traité par retrovir	-le protocole de prise en charge avec le médecin traitant en fonction de l'état du patient , le trt en cours , et l'acte à réal
---	--	--	--

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

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

IV-7 La corticothérapie 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

DCI	Equivalent de doses
Hydrocortisone	20mg
Prednisone	5mg
Prednisolone	5mg
Methylprednisolone	4mg
Triamcinolone	4mg

Bétamétasone	0.75mg
dexaméthasone	0.75mg
Indications des corticoïdes Maladies inflammatoires systémiques	Polyarthrite rhumatoïde , LUPUS ERYTHEMATEUX SYS
VASCULARITES SEVERES	MALADIE DE HORTON DE BEHCET
INSUFFISANCE SURRENALIENNE	MALADIE D'ADDISON
AUTRES	ASTHME MALADIE DE CROHN SCLEROSE EN PLAQUE RECTOCOLITE HEMORRAGIQ

COMPLICATIONS DES CORTICOIDES

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

RETARD DE CICATRISATION

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

Type de risque	
Infectieux	Immunodépression ,retard de cicatrisation
Anesthésique	Pas de contre indication
Médicamenteux	Risque d'interaction médicamenteuse
Autres	Risque de crise d'insuffisance surrénalienne aiguë

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 .

CONCLUSION

Ces quelques précisions indiquent l'importance fondamentale de l'interrogatoire ,qui doit précéder tout acte médical et/ou chirurgical en odonto-stomatologie

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

Bibliographie

Déchaume .Précis de stomatologie .Edition Masson 1979

-Hauteville A,Cohen AS .Manuel d'odontologie .Edition Masson 1989

-Limbour P et al .La chirurgie orale .Edition 2017

-Laskaris G.Atlas de poche maladies buccales .Edition Lavoisier 2007

-Parant M. Petite chirurgie de la bouche .Edition ISBN 1981

-Roger K .La muqueuse buccale .Edition MedCOM 2009

-Scully C .Risques médicaux en odontologie .Edition Elsevier Masson .2018

-Vaillant L,Goga D.Dermatologie buccale .Edition 1998