



MAISON DE LA CHIMIE – 11 MARS 2010

FORMATIONS SOP 2010

## L'essentiel de la Journée *Patients à risque*



**800** PRATICIENS ONT ASSISTÉ à la Journée *Patients à risque* du 11 mars dernier, à la Maison de la chimie, à Paris. Une affluence nombreuse pour un thème touchant certes de près à la médecine bucco-dentaire, mais qui ne portait pas *stricto sensu* sur une thématique clinique dentaire.

Cette affluence exprime un réel intérêt de la profession quant à la prise en considération pratique des pathologies médicales dans notre exercice au quotidien. Et pour cause : de plus en plus de nos patients présentent des pathologies avec lesquelles les soins dentaires peuvent avoir des interférences défavorables.

Avec des conférenciers chirurgiens-dentistes et médecins, les pathologies les plus fréquemment rencontrées, mais également

celles ayant une incidence directe dans le cadre des soins dentaires, ont été étudiées dans une approche la plus concrète possible à destination des chirurgiens-dentistes.

De la problématique des patients atteints de pathologies cardiaques, de cancers ou immunodéprimés, en passant par celle des affections diabétiques et respiratoires, un large tour d'horizon des pathologies rencontrées au cabinet a été dressé au cours de cette Journée, avec pour objectif de donner aux chirurgiens-dentistes toutes les clés pour exercer en toute sécurité. ■

*Le compte rendu, pages suivantes, coordonné par Patrick Missika, a été réalisé grâce au concours de Sandrine Dahan;*

Toutes les informations,  
tous les comptes rendus  
*in extenso*  
sont consultables sur  
[www.sop.fr](http://www.sop.fr)

# Soins dentaires et pathologie cardiaque

PAR BERNARD LUNG ET YVON ROCHE

**D**ANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE, les patients présentant une pathologie cardiaque nécessitent une prise en charge adaptée et tenant compte des traitements en cours. Le praticien devra donc déterminer les risques potentiels liés à la pathologie, les possibilités de soins qui s'offrent à lui ainsi que les conditions dans lesquelles ceux-ci devront être réalisés.

## LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Le patient est confronté à deux risques potentiels : le risque de syndrome coronaire aigu qui peut être provoqué par le stress lié à l'acte et/ou par l'usage abusif de vasoconstricteurs, d'une part, et le risque hémorragique lié au traitement du patient, d'autre part.

S'agissant du risque de syndrome coronaire aigu, il n'est pas nécessaire d'envisager des investigations cardiaques complémentaires. Un questionnaire simple sur les aptitudes physiques du patient va permettre de déterminer le niveau de risque qu'il présente. On distingue quatre niveaux de risque :

1. Sans risque (pas de limitation physique) ;
2. Risque faible (marche rapide limitée) ;
3. Risque modéré (difficulté à effectuer des gestes simples) ;
4. Risque sévère (incapacité à effectuer les gestes du quotidien).

En présence d'un patient sans risque ou à risque faible, tous les soins sont réalisables à condition de respecter certaines précautions. En effet, le stress étant un facteur précipitant, une mise en confiance ainsi que la mise en place d'une prémédication sédatrice peuvent permettre d'en limiter les effets. De même, l'usage de vasoconstricteurs est à contrôler et ne doit pas dépasser 0,04 mg par séance (soit deux carpules de 1/100 000 ou quatre carpules de 1/200 000).

Lorsque le risque est modéré, les mêmes précautions sont à prendre pour la réalisation d'actes simples (actes diagnostiques, soins conservateurs simples). Toutefois, l'administration de trinitrine en début de séance est recommandée lorsque des actes plus invasifs sont envisagés (détartrage/surfaçage, chirurgie simple, soins conservateurs complexes). Tout autre type d'actes est à proscrire.

Enfin, lorsque le risque est sévère, les soins ne peuvent être envisagés. L'abstention s'impose également lorsque le patient a subi une intervention de chirurgie cardiaque récente (moins de 30 jours) ou lorsqu'il a été victime d'un infarctus du myocarde dans le mois qui précède le rendez-vous.

En ce qui concerne le risque hémorragique, celui-ci s'avère en postopératoire très inférieur aux conséquences thrombo-emboliques potentielles liées à l'arrêt du traitement par antiagrégant plaquettaire. Aussi est-il recommandé de ne pas arrêter le traitement si le saignement peut être contrôlé par des mesures d'hémostase locale. Un rendez-vous postopératoire doit être établi afin de contrôler l'hémostase à 24-48 heures et toute hémorragie postopératoire nécessite une reprise chirurgicale de l'hémostase. ...



Une thrombose sur plaque d'athérome qui entraîne un syndrome coronaire aigu (angor instable ou infarctus).

## ACTES BUCCO-DENTAIRES CONTRE-INDIQUÉS

### GROUPE A ET B

#### ANESTHÉSIE LOCALE INTRALIGAMENTAIRE

#### SOINS ENDODONTIQUES

TRAITEMENT DES DENTS À PULPE NON VIVANTE, Y COMPRIS LA REPRISE DE TRAITEMENT CANALAIRE

#### ACTES CHIRURGICAUX

AMPUTATION RADICULAIRE  
TRANSPLANTATION/RÉIMPLANTATION  
CHIRURGIE PÉRIAPICALE  
CHIRURGIE PARODONTALE  
CHIRURGIE IMPLANTAIRE  
MISE EN PLACE DE MATÉRIEAUX DE COMBLEMENT

#### ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

CHIRURGIE PRÉORTHODONTIQUE DES DENTS INCLUSES OU ENCLAVÉES

## GESTES DENTAIRES INDICATIONS D'ANTIBIOTIQUES

### RISQUE ÉLEVÉ

### GROUPE A RECOMMANDÉES

### GROUPE B OPTIONNELLES

MISE EN PLACE DE DIGUE, DE BAGUES  
SOINS PARODONTAUX NON CHIRURGICAUX : DÉTARTRAGE + SURFAÇAGE, SONDAGE  
SOINS ENDODONTIQUES : TRAITEMENT DE DENTS À PULPE VIVANTE  
SOINS PROTHÉTIQUES À RISQUE DE SAIGNEMENT  
ACTES CHIRURGICAUX : AVULSION DENTAIRE (COMPLÈTE OU NON), FREINECTOMIE, BIOPSIE DES GLANDES SALIVAIRES ACCESSOIRES  
CHIRURGIE OSSEUSE

## GESTES DENTAIRES

### GRUPE A RECOMMANDÉE

#### SOINS AMBULATOIRES

PRISE UNIQUE PAR VOIE ORALE DANS L'HEURE PRÉCÉDANT LE GESTE

ABSENCE D'ALLERGIE  
BÉTALACTAMINE

ALLERGIE  
BÉTALACTAMINE

PÉDIATRIE : AMOXI. 75 mg/kg – CLINDA. 15 mg/kg  
\*2 g si poids < 60 kg ou intolérance

## ANTIBIOPROPHYLAXIE

### GRUPE B OPTIONNELLE

AMOXICILLINE 3 g (2 g)\*

CLINDAMYCINE 600 mg  
OU PRISTINAMYCINE

## LES VALVULOPATHIES

... Le patient est également confronté à deux risques majeurs : le risque d'endocardite infectieuse et le risque hémorragique lié au traitement anticoagulant. Le risque d'endocardite infectieuse constitue une complication rare, mais qui concerne dans 30 % des cas des germes d'origine dentaire. Le praticien doit donc évaluer le risque en fonction de la pathologie du patient.

• Patients à haut risque (groupe A – carte rouge) : ce sont les patients porteurs de prothèses valvulaires, ayant des antécédents d'en-

docardite infectieuse ou victimes de cardiopathie congénitale avec shunt résiduel.

- Patients à risque modéré (groupe B – carte verte) : ce sont les patients présentant des valvulopathies non opérées sans antécédents d'endocardite infectieuse.
- Patients sans risque : ce sont les patients présentant des valvulopathies congénitales non opérées sans shunt résiduel, une calcification de l'anneau mitral, une communication interauriculaire non opérée...

Une antibioprofylaxie de 3 g d'amoxicilline en prise unique une heure avant le geste

est recommandée pour les patients du groupe A et optionnelle pour les patients du groupe B. Dans ce second cas, d'autres facteurs vont motiver ou non l'administration prophylactique d'antibiotiques, comme les pathologies associées, le niveau d'hygiène du patient ou le risque lié au type de geste.

On parlera de geste à risque lorsqu'on aura à effectuer une intervention sur la gencive, de la région périapicale ou encore impliquant une perforation de la muqueuse buccale.

En ce qui concerne le risque hémorragique, celui-ci dépend à la fois du niveau d'anticoagulation du patient (INR) et de la nature de l'acte à réaliser. Comme pour les traitements antiagrégants plaquettaires, le risque hémorragique est très inférieur au risque thrombo-embolique lié à un arrêt éventuel du traitement anticoagulant. Aussi, les recommandations sont les suivantes :

- Si l'INR est inférieur ou égal à 3, tous les actes, même invasifs, pourront être réalisés sans arrêt du traitement à condition d'assurer une hémostase locale rigoureuse ;
- Si l'INR est supérieur à 3, le patient ne pourra être traité qu'en milieu hospitalier. ■

# Prothèse ostéo-articulaire, immunodépression et cancérologie

PAR HERVÉ TARRAGANO, PHILIPPE CASAMAJOR,  
LOFTI BEN SLAMA ET YVON ROCHE

## PROTHÈSE OSTÉO-ARTICULAIRE

Les prothèses ostéo-articulaires (POA) sont susceptibles d'être le siège d'une greffe bactérienne. Un bilan long cône doit être effectué avant leur mise en place afin de rechercher un éventuel foyer infectieux bucco-dentaire. Pour les patients dans cette situation, tous les soins invasifs peuvent être réalisés dans le respect des recommandations.

Les risques propres à la pathologie sont des douleurs articulaires, une rigidité ou une perte de la mobilité qui conduisent parfois à une déficience de l'hygiène buccale. Il est conseillé de prévoir des séances courtes, au cours desquelles il sera porté une attention particulière au confort du patient.

D'autre part, les risques associés aux traitements médicamenteux sont :

- d'ordre hémorragique (anticoagulants, AINS, aspirine). Dans ce cas, il conviendra de suivre les recommandations relatives aux AVK et anticoagulants. En ce qui concerne l'aspirine, si la dose journalière est inférieure à 325 mg et en l'absence de caractère d'urgence, on peut interrompre le traitement 5 à 10 jours avant le traitement. En cas d'urgence et de dose supérieure à 325 mg, il est recommandé de contacter le médecin traitant, de procéder à une hémostase locale rigoureuse et de programmer une visite post-opératoire.
- d'ordre infectieux. Une antibioprofylaxie est systématique pour tout patient porteur d'une POA depuis moins de 2 ans. Pour les autres patients, en l'absence de consensus, il faut prendre en compte le contexte médical. La posologie habituelle est de 3g per os pour l'amoxicilline une heure avant l'acte. En cas d'allergie on aura recours à 1g de pristinamycine ou 600mg de clindamycine.
- Une insuffisance surrénalienne en liaison avec une administration de corticoïdes.

## IMMUNODÉPRESSION

L'immunodépression peut être congénitale, acquise (VIH) ou iatrogène (greffes).

### LE VIH

Les manifestations buccales fréquemment rencontrées chez les patients VIH sont la candidose bucco-oesophagienne, la maladie de Kaposi, la leucoplasie chevelue, l'herpès, et les adénopathies cervicales.

L'efficacité des traitements antirétroviraux a permis une forte diminution de la mortalité, mais les interactions médicamenteuses et les effets indésirables sont nombreux.

Lorsqu'un patient est séropositif avec des LT4 en nombre supérieur à 200 par  $\text{mm}^3$ , une charge virale indétectable, asymptomatique, et sous trithérapie, il ne faut prendre aucune précaution particulière.

Au stade SIDA, c'est-à-dire lorsque les LT4 sont en nombre inférieur à 200 par  $\text{mm}^3$ , avec une charge virale élevée, un patient symptomatique, et en l'absence de traitement efficace ou en période d'échappement, il faut mettre en place une antibioprofylaxie à large spectre avant tout geste invasif de la sphère buccale et prolonger le traitement jusqu'à une complète cicatrisation.

Le stade SIDA de la maladie constitue une contre-indication formelle aux implants endo-osseux.

### LES PATIENTS GREFFÉS

La plupart de ces patients sont traités à vie par des immunosuppresseurs, ce qui implique une susceptibilité aux infections, un risque de formation de tumeurs et des complications liées aux effets secondaires.

Les manifestations buccales rencontrées sont la candidose, l'herpès, des ulcérations,



Une prothèse ostéo-articulaire est un ajout ou une substitution synthétique destinée à remplacer en partie ou en totalité les surfaces articulaires d'une articulation.



Prothèse d'épaule : une partie remplaçant la tête humérale est fixée sur la scapula.

- ... un risque accru de cancer, et une hyperplasie gingivale (ciclosporine).

Une modification du métabolisme des médicaments peut survenir en cas de défaillance de l'organe transplanté. Des précautions spécifiques sont à prendre en fonction de chaque type de transplantation.

Une antibioprofylaxie est recommandée lors des procédures bucco-dentaires invasives. Notons que pour les patients sous antibiothérapie au long cours, il faut prescrire une autre molécule.

De manière générale, il faut éviter de prescrire de l'aspirine et prendre garde aux interactions médicamenteuses (ciclosporine avec érythromycine et nifédipine). En cas de doute, il est utile de se référer au médecin traitant ou au spécialiste. La pose d'implants endo-osseux est possible avec leur accord.

## CANCÉROLOGIE

Chez le patient cancéreux, il existe des lésions bucco-dentaires liées d'une part au cancer (immunodépression, insuffisance médullaire, évolution du processus tumoral) et, d'autre part, à la thérapeutique (radiothérapie et chimiothérapie).

## LES MESURES PRÉVENTIVES

Avant tout début de traitement, il est nécessaire de procéder à une remise en état de la denture si la santé du patient le permet.

Les indications d'extraction sont larges : insuffisance d'hygiène, malpositions dentaires, dents ectopiques, mobilités et surcharges occlusales associées à des problèmes parodontaux... Les extractions doivent être réalisées deux à trois semaines avant le premier traitement de chimiothérapie ou d'irradiation.

## LA RADIOTHÉRAPIE

Les effets secondaires sont précoces sur les tissus mous (réactions aiguës, atrophie muqueuse, radioépithélite et radiomucite), tandis qu'ils sont plus tardifs en ce qui concerne les tissus osseux : ostéoradionécrose liée à l'altération durable de la vascularisation osseuse.

Cette ostéite chronique des maxillaires se traite par une antibiothérapie au long cours, éventuellement l'amputation d'un séquestre, voire d'un hémimaxillaire ou des lambeaux micro-anastomosés.

Une xérostomie apparaît lorsque les glandes salivaires principales se trouvent dans le champ irradié ou consécutif à un traitement médicamenteux. La prévention des lésions carieuses comprend une hygiène parfaite et une fluoruration quotidienne topique par gel disposé dans des gouttières thermoformées.

## LA CHIMIOTHÉRAPIE

Les effets directs par arrêt des mitoses dépendent des molécules utilisées : ulcérations de la muqueuse buccale, hyposialie, œdèmes de la face, colorations, éruptions cutanées.

Les effets indirects sont la neutropénie (ulcérations, GUN), les infections virales et mycosiques, la thrombopénie ainsi que les foyers infectieux dentaires. L'hygiène bucco-dentaire doit être surveillée.

Au sujet des foyers infectieux dentaires, on veillera à situer les interventions à distance des cures quand cela est possible. Dans le cas contraire, une hémostase locale et une antibiothérapie seront mises en place. ■



Prothèse de poignet.



Prothèse de doigt.



Arthrite.

# Endocrinologie : prise en charge des patients à risque

Par Hervé Tarragano, Lofti Benslama et Philippe Casamajor



Ulcération dues au diabète.



Candidose et polycaries associées à une sécheresse buccale dues au diabète.



Le diabète constitue un facteur de risque avéré des maladies parodontales.

## PATIENTS DIABÉTIQUES

Le diabète sucré est caractérisé par un taux élevé de glucose dans le sang et un métabolisme déséquilibré lié à un défaut de production ou de sécrétion de l'insuline. Il existe trois types de diabète :

- Le type 1 ou insulino-dépendant. D'origine génétique, il se manifeste dans l'enfance et est lié à la destruction auto-immune de cellules pancréatiques qui produisent l'insuline.
- Le type 2 se manifeste tardivement. Il est plutôt favorisé par l'obésité et le manque d'exercice, ne nécessite pas d'administration d'insuline, mais peut être contrôlé par l'alimentation et l'exercice.
- Le type 3 est le diabète gestationnel.

Les éléments diagnostiques sont une glycémie élevée ( $> 11,1$  mmol/l) et le dosage d'hémoglobine glyquée. La maladie provoque l'accélération de la formation des athéromes avec des conséquences importantes au niveau des gros vaisseaux (risque élevé d'AVC, infarctus, amputation du pied) et des petits vaisseaux (rétine, reins, système nerveux).

Au niveau oral, le patient diabétique présente un retard de cicatrisation, un risque infectieux élevé, des ulcérations persistantes, une prédisposition à la maladie parodontale, aux caries, aux candidoses et au lichen plan.

Pour les patients équilibrés et contrôlés, il n'est pas nécessaire de prendre des précautions particulières ; ceux-ci peuvent être soignés normalement, et la pose d'implant peut être envisagée. Il est conseillé d'effectuer les soins le matin après le petit déjeuner et d'éviter, au mieux, le stress, qui pourrait déclencher une crise d'hyperglycémie. Afin de diminuer le stress, il est possible d'administrer des benzodiazépines, de l'hydroxyzine ou du protoxyde d'azote.

En raison du risque infectieux, il est important de suturer les sites d'extraction et d'expliquer au patient les précautions d'hygiène orale.

Dans le cas des patients non équilibrés, les traitements doivent être réalisés sous antibio-prophylaxie. Par ailleurs, la prescription de corticoïdes et d'acide salicylique est déconseillée.

## DYSFONCTIONNEMENT THYROÏDIEN

Les glandes thyroïdiennes produisent deux hormones, T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>, qui jouent un rôle important dans l'homéostasie calcique. L'hypothyroïdie est une pathologie de défaut de production de ces hormones, qui peut être primaire ou secondaire à une pathologie hypophysaire. Cette maladie implique un ralentissement général du fonctionnement de l'organisme. Au niveau oral, elle se manifeste par une langue volumineuse, une hypertrophie gingivale, une respiration buccale et un retard dans l'éruption dentaire.

L'hyperthyroïdie, au contraire, est caractérisée par un taux élevé de T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>. Elle provoque une accélération globale du métabolisme, une insuffisance cardiaque, une perte de poids et une exophtalmie.

Il n'existe pas de contre-indications aux traitements dentaires chez les patients à risque faible, équilibrés et qui ont consulté dans les six mois.

Pour les patients hyperthyroïdiens à risque modéré, il est préférable d'éviter l'utilisation de vasoconstricteurs. Par ailleurs chez ces patients, la persistance de foyers infectieux peut provoquer une crise thyrotoxique. Il est préférable de ne pas leur administrer de barbituriques ou de narcotiques. En revanche, les patients à risque élevé doivent être pris en charge en milieu hospitalier.

## MALADIES HÉPATIQUES

Le foie est responsable de la quasi-totalité du métabolisme biochimique de l'organisme. La majorité des maladies hépatiques est provoquée par l'abus d'alcool. Plus rarement, l'étiologie est virale, génétique, auto-immune ou médicamenteuse. Les signes diagnostiques prédominants d'un dysfonctionnement hépatique sont l'ictère (coloration pathognomonique jaune de la peau et de la conjonctive) et un retard de cicatrisation.

Il existe cinq types d'hépatites virales : A, B, C, D et E. Ces maladies sont particulièrement préoccupantes en raison de leur important risque de contamination. Lorsque le patient atteint se présente en phase aiguë, tous les soins non urgents sont contre-indiqués et le patient est adressé en milieu hospitalier.

Si le patient est en phase chronique, il est conseillé de consulter le médecin traitant et de prendre connaissance des examens biologiques. Ces patients présentent un risque de saignement, d'anémie, de thrombocytopénie et de neutropénie. La fonction hépatique également est diminuée. Il faut donc éviter les prescriptions à métabolisme hépatique comme le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et leur préférer l'acide salicylique. À titre professionnel, il est important d'avoir été vacciné et de contrôler régulièrement son taux d'anticorps (AC > 50 UI/ml).

## ULCÈRE GASTRODUODÉNAL ET REFLUX ŒSOPHAGIEN

10 % de la population est affectée par cette pathologie, laquelle est favorisée par le stress, le tabagisme et les AINS. Tous les soins dentaires sont possibles à condition de minimiser le stress lors de l'intervention et d'associer à nos prescriptions des antiacides (Ultra-levure).

## INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Les patients atteints de cette maladie présentent une prédisposition aux infections, un risque élevé de saignement, d'anémie et d'HTA. Il est conseillé de se rapprocher du médecin traitant et d'éviter les soins en situation d'instabilité. Les agents néphrotoxiques tels que l'acide salicylique, les AINS et l'aciclovir sont à éviter. De façon générale, il faudra ajuster le dosage des prescriptions ou espacer les doses de prise.

## PATHOLOGIES SURRÉNALIENNES

Les glandes surrénales produisent trois types d'hormones :

- les glucocorticoïdes responsables de l'équilibre hydroélectrique et de la réponse immunitaire ;
- les minéraux corticoïdes ;
- les androgènes.

Un patient peut présenter un hyperadrénalisme pour des raisons génétiques (maladie de Cushing) ou par l'apport chronique de corticoïdes exogènes. Ces patients sont sujets à l'hypertrophie gingivale et aux infections bactériennes. Il est recommandé de prescrire une prémédication anti-infectieuse avant les soins et une augmentation de la dose de corticoïdes en flash afin d'aider le patient à faire face au stress. ■



*Une langue volumineuse en protrusion peut constituer une manifestation de l'hypothyroïdie.*



*L'hypertrophie gingivale et labiale peut être une manifestation buccale de l'hypothyroïdie.*



*Des dépôts de mélanine sur les muqueuses buccales peuvent être une conséquence d'un désordre surrénalien.*

# Les patients traités par biphosphonates

PAR LOFTI BEN SLAMA

**L'**OSTÉONÉCROSE DES MAXILLAIRES ressemble dans sa forme clinique à l'ostéite nécrosante postradiothérapique. La complication intervient le plus souvent à la suite d'un geste chirurgical chez les patients traités par biphosphonates injectables. Le siège est le plus souvent mandibulaire.

## SYMPTOMATOLOGIE

31,1% des ostéites sont asymptomatiques. En cas de douleur, le traitement se fait par antibiothérapie au long cours associée à des bains de bouche à la chlorhexidine. Ce traitement s'avère efficace dans environ 90% des cas.

Quatre signes permettent de déterminer l'ostéonécrose :

- l'exposition d'os nécrosé blanc jaunâtre, pouvant être associée à une exposition muqueuse, qui persiste au moins huit semaines ;
- à l'occasion du décours d'un traitement par biphosphonates ;
- l'exclusion de toute lésion osseuse développée sur une métastase sous-jacente ;
- l'absence d'antécédent de radiothérapie maxillo-mandibulaire.

## LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque d'un traitement aux biphosphonates peuvent dépendre des modalités du traitement ou de pathologies sous-jacentes.

S'agissant des modalités du traitement :

- le risque augmente proportionnellement à la durée du traitement (la demi-vie de la molécule est très longue) ;
- pour la classe pharmacologique, le risque est accru avec les amino-BP ;
- pour les formes galéniques, le risque est

augmenté en cas de traitement par voie intraveineuse ;

- on constate un effet dose-dépendant.

En ce qui concerne les pathologies sous-jacentes :

- l'incidence des ostéonécroses des maxillaires traitées aux biphosphonates est augmentée au cours des pathologies malignes ;
- les traitements associés (tels que la radiothérapie/chimiothérapie) ont également un retentissement sur le remodelage osseux (cortisone, thalidomide) ;
- l'état bucco-dentaire et les soins bucco-dentaires sont concomitants.

## COMMENT RÉDUIRE LES RISQUES DE COMPLICATIONS

Afin de réduire les risques de complications, on peut recommander la conduite à tenir suivante :

**1.** Pour les patients candidats à un traitement par BP, on prévoira :

- un examen bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue ;
- un bilan radiologique ;
- l'extraction de toutes les dents porteuses de foyers infectieux ;
- une hygiène et un maintien de toutes les prothèses dentaires qui doivent être absolument atraumatiques ;
- de débiter le traitement par BP après assainissement (120 jours) ;
- de ne pas retarder le traitement par BP.

**2.** Pour les patients sous BP pour pathologies malignes et sans ostéonécrose maxillaire, on prévoira :

- l'extraction des dents non conservables sans interrompre le traitement par BP ;
- de privilégier une attelle parodontale par rapport à l'extraction ;

• déprivilégier le traitement canalaire par rapport à l'extraction ;

- de ne pas recourir à la chirurgie parodontale.

**3.** Pour les patients sous BP pour ostéoporose ou maladie de Paget et sans ostéonécrose maxillaire, on veillera à :

- réaliser un bilan bucco-dentaire ;
- éviter les extractions.

**4.** Pour les patients avec une ostéonécrose maxillaire avérée, il convient :

- de s'adresser à un service de stomatologie ;
- d'éviter tout geste chirurgical ;
- de traiter la douleur ;
- de proposer un traitement chirurgical *a minima* (tel que la dépose des séquestres mobiles) ;
- en cas de fracture, d'éviter les greffes et de préconiser un fixateur externe ;
- d'informer le médecin prescripteur.

Tout effet indésirable doit nécessairement être signalé à l'Afssaps. ■

# Soins dentaires et maladies respiratoires

PAR COLAS TCHERAKIAN



Les aérosols à base de corticoïdes peuvent entraîner des candidoses.



Les agonistes  $\beta_2$  inhibant la sécrétion salivaire, le risque carieux est augmenté.

**A**FFECTANT 5 % DE LA POPULATION, l'asthme présente trois caractéristiques principales : une hyperréactivité des voies aériennes, une inflammation et la production excessive de mucus. La plupart des patients peuvent être traités sans danger sous anesthésie locale. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent provoquer ou aggraver une crise d'asthme chez les patients sensibles. Il faudra, à cet égard, utiliser les instruments rotatifs sous vaporisation d'eau et sous aspiration chirurgicale afin de limiter l'inhalation de poussières. L'inhalation de corticoïdes peut avoir des conséquences sur la muqueuse buccale, par exemple une infection à *C. albicans*. On peut conseiller à ces patients de se rincer la bouche à l'eau chaude après avoir utilisé un spray aux corticoïdes. La sédation doit être utilisée avec précaution. En cas de crise, il est préférable de différer le traitement.

## LA BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Elle est causée par un groupe de pathologies pulmonaires qui ont un impact sur les tissus pulmonaires en diminuant progressivement et de manière permanente le flux respiratoire. La bronchite chronique et l'emphysème sont les deux pathologies les plus fréquentes. Elles coexistent souvent. Le tabac est impliqué dans 95 % des cas. La plupart des patients présentant une BPCO peuvent être traités en toute sécurité sous anesthésie locale. La digue peut diminuer le passage de l'air. Il conviendra de pratiquer des soins courts et d'éviter la sédation de ces patients.

## L'EMBOLIE PULMONAIRE

Elle se produit à cause d'une obstruction d'une partie du système pulmonaire artériel (souvent un caillot de sang provenant d'une thrombose du réseau veineux profond des membres infé-

rieurs du patient). Dans de nombreux cas, les symptômes sont mineurs et non diagnostiqués. L'embolie pulmonaire est détectée dans 60 % des cas *post mortem*.

Avant d'envisager toute procédure dentaire invasive, une attention particulière à l'égard de ces patients, souvent sous anticoagulants, est nécessaire.

## LES CANCERS BRONCHOPULMONAIRES

Dans la plupart des cas, le diagnostic est posé trop tard pour qu'une guérison soit possible. Ces cancers ont des manifestations locales (toux, douleurs thoraciques, hémoptysie, essoufflement progressif, voix rauque...), systémiques (perte de poids, anémie, malaises) et métastatiques (osseuses, cérébrales ou hépatiques).

## UNE JOURNÉE APPRÉCIÉE GRÂCE OU MALGRÉ SA DENSITÉ

91 % des 222 participants ayant répondu au questionnaire de satisfaction ont porté une appréciation très satisfaisante (56 %) ou satisfaisante (35 %) sur cette Journée. Un pourcentage élevé confirmé par celui des répondants déclarant que la Journée a répondu parfaitement (41 %) ou assez bien (51 %) à leurs attentes. En outre, ils sont 90 % à déclarer que les conférences ont apporté des réponses à leurs préoccupations. Interrogés sur la question de savoir si les praticiens, à l'issue de cette Journée, pourront améliorer leur pratique, 85 % ont répondu favorablement.

Parmi les remarques et les suggestions libres, au-delà des quelques réserves exprimées (dont des informations redondantes), il ressort nettement que les praticiens ont relevé l'extrême densité des informations, certains regrettant que le format d'une Journée soit trop restreint pour un sujet aussi vaste, d'autres sollicitant la SOP dans la production d'un résumé écrit des interventions.