



Retour sur la Journée « Prescrire juste »

Cette Journée de la SOP aura été la démonstration que l'on peut transmettre de manière vivante des informations fiables et accessibles sur une thématique considérée comme rébarbative. Ainsi, **Sarah Cousty** et **Vianney Descroix** auront réussi à faire passer leurs messages et se seront illustrés au travers d'un duo improvisé s'apparentant à « Scènes de la vie conjugale » où palpait un humour très second degré. De même, **Jacques-Henri Torres** s'est courageusement lancé dans un one-man-show au cours duquel il a reproduit des dialogues entre un praticien et ses

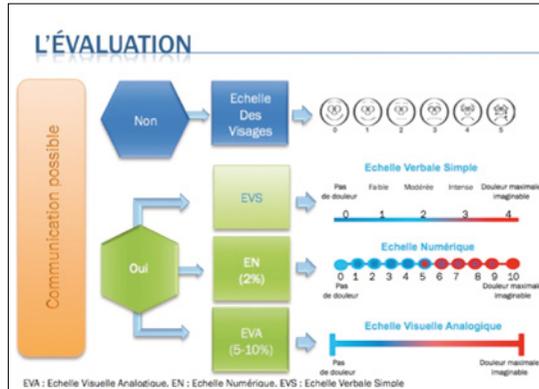
patients sur les complications et les prescriptions. Quant à **Cédric Mauprivez**, il s'est livré à une solide conférence autour des antibiotiques en étayant son propos avec les *Evidence Based Medicine*. Justement, au-delà de la forme, le message essentiel aura été que si, comme on le sait, « *Les antibiotiques, ce n'est pas automatique* », eh bien ! il en est de même pour les prescriptions. La prescription, ce n'est pas automatique ! Tout le fil rouge de la Journée déroulé par les conférenciers consistait à montrer que chaque prescription doit être pensée à l'aune de l'interrogatoire du patient

et du diagnostic. Les conférenciers auront bousculé pas mal d'idées reçues, qui concernent notamment le dosage des médicaments ou encore l'action antalgique des anti-inflammatoires. À l'issue de cette Journée, un guide réalisé par la SOP avec le précieux concours des conférenciers a été remis aux participants. Il a particulièrement été apprécié, car il délivrait une synthèse de ce qu'il fallait retenir, tant sur le plan des recommandations actualisées que des posologies pour éviter tout risque et des erreurs de prescription.

Philippe Safar

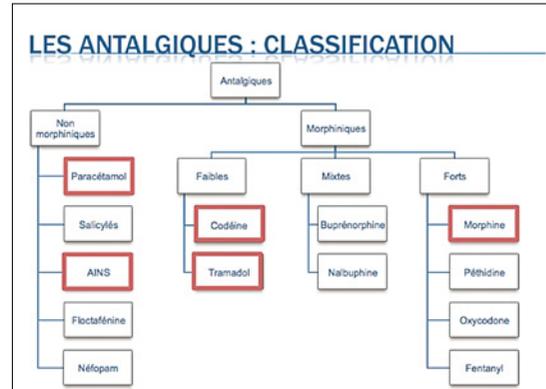
Abstract de l'intervention de Sarah Cousty et Vianney Descroix

Les différents systèmes d'évaluation de la douleur



La prise en charge des processus douloureux implique une connaissance de l'étiologie de la douleur. Discerner le type de douleur (inflammatoire, neuropathique, ou dysfonctionnelle) est essentiel pour l'efficacité du traitement, l'évaluer pour connaître son intensité est d'importance. Cela permettra aussi d'orienter la prescription, c'est-à-dire le traitement pharmacologique et médicamenteux.

Classification des antalgiques



Pour connaître les antalgiques, il faut faire la différence entre les morphiniques et les non-morphiniques. Dans les non-morphiniques, paracétamol et AINS ont un intérêt majeur. Pour une douleur faible d'origine inflammatoire comprise entre 0 et 4, les AINS sont plus efficaces que les morphiniques faibles. Dans le cas d'une douleur faible d'échelle 1, on donnera du Paracétamol, 1 gr/6 heures. Pour une douleur modérée à intense, on utilisera les AINS. Pour une douleur sévère, on pourra associer AINS avec soit Codéine soit Paracétamol soit Tramadol.

Indications principales et posologie du paracétamol

Le Paracétamol

- ▶ Reste l'antalgique de référence
 - Pour la douleur légère
 - 1 g toutes les 6 heures (4 g/j)
 - Pour la femme enceinte
 - Pour le patient polymédiqué *notamment sous AVK*

Le rapport bénéfice-risque du Paracétamol est très favorable. Il provoque le moins d'effets indésirables. Attention: Le Paracétamol risque d'augmenter l'efficacité des patients sous AVK. Il faut donc aux doses de 4 gr/j surveiller l'INR de ces patients.

Tableaux des principaux AINS

AINS

DCI	Spécialités	Dosages	Posologie/prise	Posologie/jour
A. méfénamique	Ponstyl®	250 mg	250 à 500 mg	1500 mg
A. niflumique	Nifluril®	250 mg	250 mg	1000 mg
Ibuprofène	Advil®, Nurofen®, Spedifen®	200, 400 mg	200, 400 mg	1200 mg
A. tiaprofénique	Surgam®, Flamid Ge®	100, 200 mg	100, 200 mg	600 mg
Fénaprofène	Nalgésic®	300 mg	300 à 600 mg	1200 mg
Kétoprofène	Toprec®	25 mg	25 mg	75 mg
Naproxène	Aleve®, Apranax®	220, 275, 500, 550	220, 275, 500	1100 mg
Diclofénac	Voltarene Dolo®	12,5 mg	12,5 à 25 mg	75 mg
Nimésulide	Nexen®	100 mg	100 mg	200 mg
Lornoxicam	Xefo®	4, 8 mg	4 à 8 mg	16 mg

Prévention et traitement de la douleur substituable en rhéologie humaine - IAS 2005

L'activité antalgique des AINS est supérieure à celle du Paracétamol. Le moins toxique, l'Ibuprofène, limite la synthèse des prostaglandines par compétition avec l'acide arachidonique. Ses propriétés pharmacologiques essentielles: antalgique, anti-inflammatoire, antipyrétique, anti-agrégant plaquettaire. On le prescrit à 400 mg/ 3 à 4 fois/jour. Associés au Paracétamol ils auraient une activité antalgique potentialisée.

Recommandations de prescription des antalgiques chez la femme enceinte

ANTALGIE FEMME ENCEINTE

CRAT
Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
CRAT - Hôpital Armand-Trousseau - PARIS

Antalgiques non opioïdes

- Paracétamol : quel que soit le terme de la grossesse
- Tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de 24 SA (5 mois de grossesse révolus). Avant 24 SA, on les évitera si possible

Antalgiques opioïdes

- On préférera la codéine quel que soit le terme de la grossesse
- En cas d'inefficacité de cette option, on pourra avoir recours au tramadol quel que soit le terme de la grossesse

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte quels que soient leurs voies d'administration, leurs posologies et le terme de la grossesse.

On préférera la prescription d'un antalgique de type Paracétamol chez la femme enceinte. Tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de la 24^e semaine d'aménorrhée. Avant on les évitera. On préférera la Codéine quel que soit le terme de la grossesse. Chez l'insuffisant rénal, comme chez l'insuffisant hépatique on évitera les AINS.

Propriétés pharmacologiques des AIS en chirurgie orale

AIS EN CHIRURGIE ORALE

1- Propriétés antalgiques

Activité antalgique modeste
Toujours inférieure aux anti-inflammatoires non stéroïdiens

2- Propriétés anti-œdémateuses

Diminution de l'œdème post-opératoire
Significative entre J2 et J3
Ne l'est plus à J7 quelque soit le glucocorticoïde et la dose utilisés

3- Réduction du trismus

Difficile à mettre en évidence ?

On utilisera les AIS associés à des antalgiques pour la prévention du traumatisme chirurgical. Ils favorisent la réduction de l'œdème postopératoire mais risquent de masquer une infection qui pourrait être jugulée rapidement par la prise d'antibiotiques. On prescrira des AIS 4 heures avant un geste chirurgical. On associera un antalgique, mais absolument pas un AINS. Il faut éviter. On risque de provoquer des troubles gastro-duodénaux importants.

Abstract de l'intervention de Cédric Mauprivez

Règles de prescription des AB en odontologie chirurgicale

afssaps
Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Chirurgie orale (tissus durs /tissus mous)

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	Immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Chirurgie osseuse (hors actes de chirurgie maxillo-faciale et ORL)	R	R ^a	R ₁
Exérèse des tumeurs et pseudotumeurs bénignes de la muqueuse buccale	-	R ^a	R ₁
Freinetomie	-	R ^a	R ₁
Biopsie des glandes salivaires accessoires	-	R ^a	R ₁

Tableau 4 - Indications/Recommandations de prescription d'une antibiothérapie en chirurgie orale

Proscrire toute antibiothérapie dans les cas d'abcès parodontal, kyste radiculo-dentaire, granulome apical, ou nécrose pulpaire ou d'avulsion par alvéolectomie, d'avulsion de dent saine, de séparation de racines. Dans 90% des cas, on s'abstiendra sauf dans les cas de dent incluse mandibulaire, de chirurgie orthodontique, d'autotransplantation, ou de patient à risque (immuno-déprimé ou avec antécédents d'endocardite infectieuse).

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse à haut risque

afssaps
2011
Prophylaxie de l'Endocardite Infectieuse

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse

- Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique ...)
- Antécédent d'endocardite infectieuse
- Cardiopathie congénitale cyanogène :
 - non opérée ou dérivation chirurgicale pulmonaire-systémique
 - opérée, mais présentant un shunt résiduel,
 - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place,
 - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel.

L'antibioprophylaxie reste recommandée pour éviter un risque d'infection différée mais contre-indiquée dans le cas de valvulopathie, de rétrécissement aortique, de cardiopathie non-cyanogène. Dans ces cas on veillera à l'hygiène bucco-dentaire, réduira toute porte d'entrée d'infectieuse, et tout traitement parodontal. On s'abstiendra d'antibioprophylaxie systématique chez les porteurs de prothèses orthopédiques.

Abstract de l'intervention de Cédric Mauprivez (suite)

Règles de prescription d'AB chez les patients immuno-déprimés

Patients immunodéprimés

Dans ce groupe, le risque infectieux est considéré comme lié à tout facteur responsable d'une immunodépression, qu'elle soit congénitale ou acquise. En l'absence de critères objectifs, biologiques ou cliniques, permettant de l'évaluer, la décision d'inclure un patient dans cette catégorie de risque doit être prise en bonne intelligence entre, d'une part, le chirurgien-dentiste ou le stomatologue et, d'autre part, les médecins concernés.

LISTE NON EXHAUSTIVE ...

- Diabète
- Immunosuppresseurs
- Chimiothérapie anticancéreuse
- Infection VIH SIDA
- Hémapathies malignes

PAS DE CRITERES OBJECTIFS

ABSENCE DE SCHEMAS THERAPEUTIQUES

Le référentiel ne donne pas une orientation claire sur les modalités thérapeutiques. On veillera à l'hygiène et à l'asepsie du champ opératoire, du matériel utilisé, l'hygiène orale préalable du patient, la qualité de l'acte. Dans ces cas une antibiothérapie sera prescrite avant le geste d'incision chirurgicale, entreprise 2 heures avant. Si l'intervention se prolonge au-delà de la normale on sera tenté de renouveler la prise d'antibiotique.

Règles de prescription à retenir concernant l'utilisation des AINS en présence d'infections sévères

AINS - Infections sévères > Conclusions

En pratique, que retenir

INFECTIONS DENTAIRES

- ⇒ Traitement étiologique le plus précoc possible et adapté
- ⇒ Surveillance médicale rapprochée

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- ⇒ Durée de prescription d'un AINS (3 jours)

PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE

- ⇒ L'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie conservent leurs propres indications indépendamment de la prescription d'AINS. « il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique au seul motif que le patient reçoit un AINS »

On n'a pas montré de relation entre la septicémie avec altération de l'état général et la prise d'AINS que ce soit en dose flash ou sur une longue durée. L'utilisation d'AINS masque effectivement les signes d'une inflammation et l'évolution de processus infectieux. On sera plus prudent dans le cas de fasciites nécrosantes (cellulites gangréneuses) associées chez l'enfant à une varicelle ou chez l'adulte dans le cas de cellulite cervico-faciale.

Schémas d'administration des AB chez l'adulte

Schémas d'administration - antibiothérapie (Adulte)

Revoir vers tableaux 8 & 11	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
I cas général	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline : 2 g/j en 2 prises arthromycine : 500 mg/j en 2 prises* clarithromycine : 1 500 mg/j en 2 prises spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises clindamycine : 1 200 mg/j en 2 prises 	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 q/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) amoxicilline : 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises amoxicilline : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises et arthromycine : 500 mg/jour en une prise* clarithromycine : 1 000 mg/jour en deux prises ou spiramycine : 9 MUI/jour en trois prises
II maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises 	
III parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> doxycycline : 200 mg/jour en une prise* 	
IV parodontite agressive localisée ou périapicale	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline : 1,5 g/jour en trois prises ou 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises en cas d'otite ou ostéomyélite métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises 	
V sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 q/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> pristinamycine : 2 g/jour en deux prises

Tableau 12 - Schémas préconisés chez l'adulte (gestions quotidiennes, fonction rénale normale)

En curatif aucun antibiotique ne peut traiter une infection d'origine dentaire. On ne traitera pas par antibiotique les périoronarites, les cellulites, ou l'alvéolite sèche. Par contre on utilisera les antibiotiques pour traiter les ostéites suppurées surtout, les infections des glandes salivaires, les sinusites d'origine dentaire. Si l'état général du patient se dégrade ou si la douleur ne disparaît pas, ce sont des signes qui doivent mettre en éveil.

Règles à observer en présence de diarrhées

Traitement des DIARRHEES POST-ANTIBIOTIQUES

Conduite à tenir :

DPA NON FEBRILE

- Arrêt de l'antibiothérapie
- Traitement symptomatique de la diarrhée (réhydratation et anti-diarrhéique)
- Prescription de Probiotique

DPA FEBRILE

- Une antibiothérapie est indiquée
- Traitement probiotique, d'autant plus efficace qu'il est administré précocement (dans les premières 48h)
- Métronidazole FLAGYL® PO 1,5 à 2g x 3 à 4fois/ jour pd 10 jours

EN CAS D'ECHEC ou EN CAS D'ALTERATION ETAT GENERAL

- Une hospitalisation est indiquée
- Une recherche de Clostridium difficile et ses toxines A et B dans les selles (Test rapide en 30 minutes)
- Si positif :
 - Vancomycine VANCOCINE® PD 125 à 400 mg x 4fois/ jour pd 10 jours
 - Fidaxomicin DIFCLIR PO 200 mg 2 fois/ jour pd 10 jours

La prise de tout antibiotique à large spectre par voie orale (Macrolide, Amino-penicilline) peut entraîner une colite pseudo-membraneuse. La CPM fait suite à la destruction de la flore dans le tube digestif et favorise certaines souches anaérobies. 4 signes : la diarrhée, la fièvre, les douleurs abdominales, une hyperleucocytose signent la pathologie installée et doivent mettre en alerte. Dans ces cas critiques et en cas de doute faire en urgence une coproculture.

Abstract de l'intervention de Jacques-Henri Torres

Difficultés rencontrées lors de l'interrogatoire préalable

- problèmes de langue
 - difficulté de communication
 - méconnaissance de son propre état
 - volonté délibérée
 - VIH
 - drogue
 - éthylysme
 - épilepsie
- Contact avec le médecin traitant

À la fin de l'interrogatoire, poser au patient la question: « *Et qu'est-ce que vous prenez comme médicament?* » Ses réponses nous permettent d'orienter à nouveau notre interrogatoire pour contrôler ses dires et le libérer de certains blocages (drogue, sida, addiction, troubles divers...). Car un patient peut oublier ou vouloir nous cacher son état.

Les « Liaisons » sont dangereuses entre les AINS et le Tramadol, par exemple

AINS	Tramadol
<ul style="list-style-type: none">• AVK• méfotrexate• lithium	<ul style="list-style-type: none">• IMAO• morphine
Interactions	

Il convient de tenir compte des traitements déjà en place. Notre responsabilité médicale est engagée. La prescription de médicaments azolés (de type métronidazole, miconazole) avec des antidiabétiques, par exemple, peut entraîner de graves interactions. Il en va de même avec la prescription d'azolés chez des patients sous traitement antipaludéen, ou anticancéreux ou sous AVK.

Prescrire juste, mode d'emploi



Jeudi 18 juin 2015 - Maison de la Chimie, Paris

Conférenciers :

Sarah Cousty,
Vianney Descroix,
Cédric Mauprivez,
Jacques-Henri Torres



Responsables scientifiques :

Philippe Safar
Philippe Casamajor
avec Yvan Bismuth,
Corinne Lallam,
Bernard Schweitz

Un guide de 36 pages réalisé par la SOP, avec les conférenciers de la Journée, a été remis aux participants. Il proposait une synthèse de ce qu'il faut retenir aujourd'hui sur les recommandations actualisées et les posologies. Cette Journée est en accès libre sur le site de la SOP, www.sop.asso.fr, pour tous les adhérents de la SOP.