



Université de FERHAT ABBAS – Sétif1 –

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire

Maladies générales en OC /E

Présenté par : Dr Arfa

Encadré par : Dr Chaabnia

Année universitaire : 2019/ 2020

Le plan :

Définition

Les patients à risques

1. Les sources de risque en odontologie conservatrice

2. Les différents risques en odontologie conservatrice

Le risque infectieux

Le risque hémorragique

Le risque syncopal

Le risque de contamination

Le risque toxique

1-Etats physiologiques

1. Grossesses

2. Allaitement

3.1e Patient âgé

2-Risques dus à un traitement

3. Les cardiopathies

3.A*Maladies coronariennes :

3.B*Arythmie :

3.C*Insuffisance cardiaque :

3.D* Patients à risque d'endocardite infectieuse :

4-Hypertension artérielle

5-Pathologie respiratoire : ASTHME :

5*Pathologie endocrinienne :

5 .A*Le diabète :

5*B-Désordres thyroïdiens

6. Maladies hépatiques et gastro-intestinales

7 .Maladies inflammatoires chroniques intestinales

8.Insuffisance rénale chronique et dialyse :

9.Oncologie

10.Pathologies Neurologiques

11.Pathologies virales

Conclusion

Définition :

Les patients à risques

Un patient à risque est un patient qui présente une maladie générale d'ordre cardiaque, endocrinien, hématologique, néphrologique...etc, qui pourrait avoir des conséquences graves sur la vie du patient et/ou qui pourrait compliquer le traitement dentaire.

En plus de l'examen clinique de routine, l'odontologiste doit approfondir le questionnaire médical concernant le passé médical, la maladie et les risques qu'elle représente.

- Les sources de risque en odontologie conservatrice

Les risques en odontologie peuvent être causés par :

La douleur opératoire

Le stress

L'anesthésie : le risque est lié surtout aux vaso-constricteurs qui stimulent le système parasympathique. Des fois le risque est lié à la molécule anesthésique qui devient toxique si elle est utilisée abusivement.

L'acte lui-même : qui peut être chirurgical, restaurateur, préventif. Les actes en OCE sont de 2 sortes :

- **Invasifs** : inclus tous les actes qui peuvent provoquer un saignement, ou un passage bactérien dans la circulation sanguine tels : les coiffages directs, la pulpotomie, les traitements endodontiques, les retraitements endodontiques et la chirurgie endodontique, réimplantation, mise en place d'une matrice, anesthésie intraligamentaire...

- **Non invasifs** : sont les actes de scellement prophylactique, de coiffage indirect et de restauration

- II-Les différents risques en odontologie conservatrice

Le risque infectieux

Définition

Causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses

Ce risque est lié aux manœuvres chirurgicales qui peuvent causer le passage des micro-organismes dans le sang communément connue sous le terme de bactériémie

Notion de sujet à risque d'infection:

Selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, juillet 2001:

- **le risque A correspondant à un risque d'infection identifiée localement et/ou d'infection générale (septicémie)**
- **le risque B correspondant à un risque d'infection liée à une localisation secondaire de la bactérie, c'est à dire à un nouveau foyer infectieux situé à distance du foyer primaire (endocardite infectieuse, infection sur prothèse articulaire).**

Sujets à risque d'infection locale et /ou générale (= risque A)

- **Transplantation ou greffe sous thérapeutique immunosuppressive à l'exception des patients sous ciclosporine seule pour lesquels le risque d'infection est moindre.**
- **Immunodépression :**
 - **congénitale**
 - **Médicamenteuse à long terme (corticothérapie, chimiothérapie, etc...)**
 - **Infectieuse (VIH, etc...)**
 - **Immunologique (lupus érythémateux, maladies systémiques, etc...)**
- **Pathologies chroniques non contrôlées : diabète, insuffisance rénale et/ou hépatique, sujets ayant des infections chroniques, bactériennes et fongiques, etc...**
- **Dénutrition, personnes alitées, déshydratées, toxicomanes, éthyliques.**

Sujets à risque d'infection à distance (localisation secondaire = risque B)

- **Les sujets ayant un risque d'endocardite infectieuse (cardiopathies groupe A et B).**
- **Sujets ayant un risque d'infection sur prothèses articulaires.**

Protocole anti-infectieux : Niveau A et B

- *Avant les soins*

Tout foyer infectieux actif doit être traité par une antibiothérapie curative.

Diminuer la charge bactérienne : hygiène bucco-dentaire, élimination de la plaque et détartrage.

Antibioprophylaxie : 1 heure avant l'acte par voie orale

2g amoxicilline (adulte) et 50mg/kg amoxicilline (enfant)

allergie : 600mg clindamycine (adulte) et 25mg/kg clindamycine (enfant à partir de 6ans).

- *Pendant les soins*

Si foyer infectieux, anesthésier à distance de celui-ci.

Séance courtes.

Traitement conservateur et endodontie sous digue.

Chirurgie : préserver les tissus environnants, nettoyage de la plaie et suture en rapprochant les berges.

- *Après les soins*

Bains de bouche antiseptique pendant 7jr.

Dépose des fils de suture après 7-10jr avec contrôle de la cicatrisation muqueuse.

Pour le risque B : poursuite des ATB 7-10jr jusqu'à cicatrisation muqueuse.

Le risque syncopal

C'est la perte de connaissance brève, complète et réversible, consécutive à une diminution de l'oxygénation.

Le risque de contamination

C'est la probabilité de la transmission d'une maladie d'un sujet infecté à une personne saine. La contamination peut être directe (lorsqu'il y a un contact direct) ou indirecte (lorsqu'il existe un intermédiaire qui transporte l'agent pathogène)

Le risque toxique

C'est la probabilité de l'apparition d'un ensemble de troubles dus à l'introduction d'une substance dans l'organisme qui est en temps normal bien toléré par celui-ci.

Cet effet toxique est du à certaines pathologies qui altèrent la fonction de purification ou de détoxification des poisons dans l'organisme.

Les risques liés à certains états physiologiques

C'est la probabilité de la survenue de certains troubles, suite à la prise de certain médicament ou stress opératoire, au cours de la grossesse et de l'allaitement.

1-Etats physiologiques

1. Grossesses

La grossesse est divisée en 3 périodes:

-1^{er} trimestre : période critique : embryogenèse et organogénèse.

-2^{ème} trimestre : maturation des organes.

-3^{ème} trimestre : fin de la maturation des organes.

La femme enceinte présente sur le plan bucco-dentaire:

*Majoration de la flore anaérobie. *Lésions gingivales inflammatoire (gingivite gravidique, épulis ...)

*Augmentation du risque carieux.*Sialorrhée.*Hyperesthésie dentinaire.

Précautions générales

-Limiter le stress de la patiente enceinte par des séances courtes.

-S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins : pour cela, privilégier un anesthésique local qui traverse peu la barrière placentaire (articaine). Eviter la Mèpivacaine.

-Toute douleur ou infection doit être traitée rapidement quel que soit le stade de la grossesse.

-La dépose d'un amalgame est déconseillée durant la grossesse.

-En cas de nécessité de prise de radio, utiliser un tablier plombé.

-Ne pas laisser la patiente en position allongée sur le dos trop longtemps.

Prescriptions médicamenteuses

Antibiotiques

Autorisés : amoxicilline (avec ou sans acide clavulanique), clindamycine, érythromycine, spiramycine, métronidazole.

Déconseillé : azithromycine.

Contre-indiqué : cyclines.

Antalgiques et Anti-inflammatoires

Autorisés : paracétamol, corticoïde de courte durée.

Déconseillées : AINS (Les 5 premiers mois).

Contre-indiqués : opioïdes, AINS (dès la fin du 5^{ème} mois).

1^{ER} Trimestre : (Risque d'avortement et effets tératogènes)

-informer la patiente pour prévenir les risques buccaux liés à la grossesse : mettre en place une hygiène bucco-dentaire stricte.

-tous les soins urgents visant à traiter une douleur ou une infection doivent être réalisés sans attendre.

-les soins non urgents ou non nécessaires devraient être différés.

2^{ème} Trimestre :

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

Procédures chirurgicales reportées.

3^{ème} Trimestre : (Risque d'accouchement prématuré)

Soins possibles. Cependant, tenir compte de :

-fatigue de la patiente.

-proximité du terme.

-éviter les positions allongées trop longtemps.

Essayer de réaliser les soins urgents uniquement.

2. Allaitement

Tous les soins sont possibles.

Privilégier l'utilisation de l'articaine pour l'anesthésie.

Précautions vis-à-vis des médicaments.

En cas de prescription, demander à la mère une éventuelle réaction chez le bébé (diarrhée, vomissement, éruption cutanée ...). Dans ces cas arrêter immédiatement le traitement.

Antibiotiques

Autorisés : amoxicilline (avec ou sans acide clavulanique).

Déconseillés : cycline, spiramycine, métronidazole, azithromycine.

Contre-indiqués : clindamycine.

Antalgiques et Anti-inflammatoires

Autorisés : paracétamol, ibuprofène, corticoïde à court terme.

Contre-indiqués : opioïdes.

1.c. Patient âgé

-Il est souvent polymédiqué et polypathologique.

-Toujours prendre contact avec le médecin traitant.

-Tous les soins sont possibles mais il faut limiter au maximum le nombre de séances.

-Anesthésie : réduire de moitié la dose d'anesthésique réservée à l'adulte.

-Prendre en compte les maladies et/ou les traitements en cours pour éviter les interactions.

Antibiotique :

-Prendre en compte la fonction rénale et hépatique. Eviter les ATB néphrotoxiques et hépatotoxiques. -Adapter la posologie.

Antalgiques et Anti-inflammatoires :

-Préférer le paracétamol.-AINS proscrits.

2-Risques dus à un traitement

A.Anti agreggants plaquettaires (AAP)

Les AAP entraînent un trouble de l'hémostase primaire.

-Exemples : Acide acétylsalicylique, AINS, Thiénoxyridines.

-Répercussions buccales : lésions hémorragiques des muqueuses : pétéchies, purpura, bulles hémorragiques.

Précautions générales

-Le traitement AAP ne doit être ni modifié ni arrêté

-Précautions en fonction de l'acte à effectuer et selon le risque hémorragique.

-Si le patient est sous Aspirine à une dose supérieure à 500mg, l'acte chirurgicale sanglant (chirurgie endodontique) doit être reporté à 5jours voir 10jours après arrêt du traitement en cours par le médecin traitant.

- *Anesthésie*

Les anesthésies locorégionales sont déconseillées (risque d'hématome)

- *Antibiotiques*

Pas de contre-indications particulières.

- *Antalgiques et Anti-inflammatoires*

Les AINS sont proscrits.

Surveillance en cas de prescription des corticoïdes.

- *Actes contre-indiqués*

La prise d'AAP ne contre-indique en elle-même aucun acte, cependant il faut tenir compte de la maladie pour laquelle le patient est sous traitement AAP.

2.B .Anticoagulants :AVK et HEPARINE

-Provoquent un trouble de l'hémostase.

-Traitement de certaines cardiopathies : thromboses veineuses, valvulopathies, prothèses valvulaires, IDM.

-Répercussions buccales :

Lésions hémorragiques des muqueuses.

-Risque majoré de saignement.

-L'héparine donne des thrombopénies et est contrôlé par la taux de TCA.

-L'INR est l'examen biologique qui permet de surveiller les patients sous AVK.

-Ne pas arrêter le traitement.

-Toujours prendre ses précautions vis-à-vis de la pathologie qui a nécessité le traitement par anticoagulant.

Précautions générales

- Anesthésie :

L'anesthésie locorégionale est déconseillée (Risque d'hématome).

Les vasoconstricteurs peuvent être utilisés.

- Antibiotiques :

-Précautions d'emploi des : cyclines, macrolides, métronidazole. (risque d'augmenter l'INR).

- Antalgiques et Anti-inflammatoires :

-Les AINS sont proscrits.

-Les corticoïdes nécessitent des précautions d'emploi.

- Actes contre-indiqués :

La chirurgie mucco-gingivale est contre-indiquée.

Corticoïdes

Ils ont des propriétés : anti-inflammatoires, anti allergiques, immuno supprimeurs.

-La corticothérapie est dite au long cours quand elle dépasse 1 mois de traitement.

-Les patients sous corticothérapie au long cours, présentent un risque infectieux donc il faudra faire une antibioprofylaxie.

-Toujours prendre en compte la pathologie ayant nécessité une corticothérapie au long court.

Précaution particulières :

-Eviter les stress (prémédication sédatrice si nécessaire).

-Pas de précautions vis-à-vis des antibiotiques.

-Ne jamais prescrire d'AINS.

Immunosuppresseurs

Les immunosuppresseurs visent à inhiber la réponse immunitaire de l'hôte.

-Indiqués : transplantation d'organes, maladies auto-immunes.

-Exemples : ANTI-TNF, Ciclosporine, Méthotrexate.

-Les patients sous immunosuppresseurs présentent un risque infectieux majeur avec augmentation du risque de cancer.

-Tous les actes doivent se faire sous antibioprophylaxie.

-Avant d'entreprendre une thérapie par immunosuppresseurs, il faudra faire une remise en état de la cavité buccale pour éliminer tous les foyers infectieux latents ou patents.

-Prendre les précautions vis-à-vis de la pathologie générale.

Précautions générales

- Antibiotiques :

Amoxicilline contre-indiqué en cas de traitement par Méthotrexate.

Macrolides et clindamycine contre-indiquées en cas de traitement par ciclosporine.

- Antalgiques et Anti-inflammatoire :

Préférer le paracétamol et éviter les AINS.

3. Les CARDIOPATHIES

3.A* Maladies coronariennes :

ANGOR=angine de poitrine	IDM (infarctus du myocarde)
Ischémie du muscle= myocarde	Nécrose =mort cellulaire d'une partie du muscle cardiaque

Maladie coronarienne conséquence de formation de la plaque d'athérome dans les artères coronarienne

-IL EXISTE 4 classes d'angor :

Prise en charge médicale de la maladie :

Non médicamenteuse	médicamenteuse
Sevrage tabagique, régime hypolipémiant, exercice physique	*Antihypertenseurs : bêtabloquant, inhibiteurs calciques, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), diurétiques* *AAP (antiagrégants plaquettaire) * *hypocholestérolémiants *traitement par revascularisation : angioplastie coronaire : pose d'un stent, pontage coronaire

Répercussion buccale :

***dus aux traitement : antihypertenseurs, AAP**

Risques potentiels :

***Pas de risque infectieux**

*il ya risque hémorragique , anesthésique (vasoconstricteurs), risque syncopal (sédatif, courte séance, éviter hypotension orthostatique

Points clés :

*Risque de récurrence dans les 30 jours suivant l'infarctus *les actes dentaire sont considéré à risque faibles

Précautions générales :

*contacter le médecin traitant, éviter le stress et la douleur par une bonne analgésie

*éviter l'hypotension orthostatique *limiter l'anesthésique avec vasoconstricteur

*En cas de douleur thoracique ou malaise, arrêter les soins et appeler le SAMU

*Précautions vis-à-vis du risque hémorragique si prennent AAP

Situations cliniques :

1* Angor de classe I ou II : prise en charge possible au cabinet dentaire

2* Angor de classe III, IV : prise en charge hospitalier

3* IDM depuis moins de 30 jours post IDM : acte d'urgence seulement et en milieu hospitalier

4* entre 30 jours et 6 mois :

-associé à une autre maladie : telle que si moins de 30 jours

-non associé à d'autres maladies : tous les soins possibles après accord du medecin cardiologue

5*SI supérieure 6 MOIS : tous le soins sont possibles après accord du medecin cardiologue

NB :LES ATIENTS PORTEURS DE STENTS : ya que le risque hémorragique durant la 1année vue la prise d'AAP mais pas de risque infectieux (le STENT n'est pas considéré comme une prothèse cardiaque)

*L'anesthésie : lorsque l'anesthésie est nécessaire alors malgré la contre-indication temporaire du vasoconstricteur (6 mois post IDM, 3 mois post pontage coronarien), on l'utilisera avec précautions (ne pas dépasset 4 carpule de 1/200000 anesthsique avec VC ,au dela utiliser celles san VC

Précautions vis-à-vis de des prescriptions médicamenteuses :

***Les macrolides sont déconseillé,AINS et corticoïdes aussi car interractions avec les antihypertenseurs**

3.B* Arythmie :

Anomalies du rythme cardiaque entre autre fibrillation auriculaires

Classification :

***troubles du rythme :fibrilaation ,extrasystole,tachycardie,brachycardie**

***trouble de conduction :**

Prise en charge de la maladie :

<u>Non médicamenteuse</u>	<u>médicamenteuse</u>
Ablation,dispositifs cardiovasculaires implantables : *pacemaker (stimulateur cardiaque) *défibrilateur implantable	-Anti-arythmique(amiodarone)-antihypertenseur , AAP anticoagulant (pour le traitement de la fibrillation)

Repercussions buccales :

* les traitements qui ont des répercussions buccales : hyposialie,xerostomie , hyperplasie gingivale(antihypertenseurs)

* Lésions hémorragiques (pétéchies ,purpura) liées aux anticoagulant et AAP

Synthèse des risques :

*Pas de risque infectieux * présence de risque hémorragique (si prise d'AAP, anticoagulant)

*présence de risque anesthésique (VC et technique)

*risque syncopal *présence de risque médicamenteux (interactions)

*risque de dysfonctionnement des appareils implantables (pacemaker, défibrillateur)

Ponts clés :

Pas de nécessité de prévention de l'endocardite infectieuse chez les patients porteurs de dispositifs implantables (pacemaker, défibrillateurs)

Précautions générales :

*Contacter cardiologue*limiter le stress (prémédication, MEOPA , analgésie efficace)

*limiter anesthésique avec VC * précautions si prise d'AAP , anticoagulant)

Précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses :

-Eviter les macrolides (si prise de digitaliques) –Eviter tramadol, AINS

-Eviter anesthésie intra-osseuse avec VC –limiter dose d'anesthésie avec VC à 1/200000 au delà, utiliser anesthésique sans VC

Situations cliniques :

***Patients avec arythmie non contrôlée ou non traitée :prise en charge en milieu hospitalier**

***Patients avec arythmie contrôlée et traitée :tous les soins sont possibles avec précautions générales respectées**

***Patient porteurs d'un pacemaker ou d'un défibrilateur implantable :respecter les précautions générales**

3.C*Insuffisance cardiaque :

Cœur incapable d'assurer efficacement la perfusion des organes périphérique au repos ou à l'effort

Classification NYHA (New York Heart association)

NYHA I:pas de limitation de l'activité	NYHA III : reduction majorée de l'activité
NYHA II : limitation légère	NYHA IV : limitation sévère (symptôme

	même au repos)
--	----------------

*Les précautions buccales, synthèse des risques, les précautions générales à entreprendre sont telle que l'arythmie cardiaque

Situations cliniques :

*Patient présentant une insuffisance cardiaque NYHA I et II : tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

*Patients présentant une insuffisance cardiaque NYHA III et IV :soins en milieu hospitalier et après prise de l'avis du cardiologue traitant

3.D* Patients à risque d'endocardite infectieuse :

- Le risque infectieux chez les cardiopathes le plus fréquent est l'endocardite infectieuse, décrite par OSLER en 1885, elle se définit comme la conséquence d'une greffe bactérienne ou fongique sur l'endocarde (porte d'entrée dentaire:25%)
- Les deux bactéries responsables de la majorité des endocardites infectieuses sont les streptocoques et les staphylocoques.
- On constate un syndrome infectieux :

Fièvre, asthénie, arthralgie, anorexie, myalgies, amaigrissement; splénomégalie et faux panaris.

Classification :

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Cardiopathies n'étant pas à haut risque d'endocardite infectieuse
Antécédent d'endocardite infectieuse	Autres valvulopathies (insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique)
Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou anneau prothétique	*bicuspide aortique) *prolapsus de la valve mitrale *autres cardiopathies non cyanogènes
Cardiopathies congénitales cyanogènes :	*arythmies*maladies coronarienne*patient porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable (pacemaker,défibrilateur)
*non opérées ou dérivation chirurgicales pulmonaire systémique	
*opérée avec matériel prothétique	

Prise en charge médicale de la maladie

Non médicamenteuse	médicamenteuse
HHémoculture bactérienne (pour la diagnostic)* chirurgie valvulaire	Antibiothérapie intraveineuse ciblée

Synthèse des risques potentiels en odontologie :

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		Risque d'endocardite infectieuse
HEMORRAGIQUE	+		Si traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
ANESTHÉSISQUE	+		Précautions vis-à-vis de la technique employée
médicamenteux		+	
AUTRE		+	

Prise en charge au cabinet dentaire

Pooints clés :

*L'hygiène bucco-dentaire revêt un caractère fondamental dans la prévention des infections buccales et de l'endocardite infectieuse

*Depuis les dernières recommandations de l'ANSM en 2011, seuls les patients à haut risque d'endocardite infectieuse sont concernés par les protocoles de prévention infectieuse

*La pose de digue est un acte invasif

*Chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse les soins endodontiques doivent être exceptionnels

*les patients porteurs d'une prothèse valvulaire cardiaque mécanique sont traités par anticoagulants (anti-vitamine K) parfois en association avec un agent antiplaquettaire

*tout foyer infectieux doit être traité par une antibiothérapie curative

Précautions générales :

*En cas de doute sur la nature de la cardiopathie du patient, le chirurgien-dentiste doit prendre contact avec le cardiologue traitant

*Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse :

-Certains actes invasifs sont contre-indiqués

-Tout acte invasif autorisé nécessite une antibioprophylaxie

-Les traitements endodontiques ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité pulpaire

-Les traitements endodontiques sont réservés aux dents vivantes monoradiculées et à la rigueur à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles (en une seule séance) et sous digue

*Précautions particulières pour les patients traités par anticoagulants anti-vitamine K

*Précautions particulières pour les patients traités par un agent antiplaquettaire

Situations cliniques :

Pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse :

*Actes non –invasifs : Respecter les précautions générales- pas d'antibioprophylaxie

*Actes invasifs : tous les actes impliquant une manipulation de la gencive, pulpe, région périapicale de la dent ou en cas d'effraction de la muqueuse orale, anesthésie intraligamentaire, intraosseuse ou intraseptale (en dehors des anesthésies locales ou locorégionales) : respecter les précautions générales (protocole anti-infectieux niveau A

*NB : prendre en compte les cofacteurs de risque infectieux : tabagisme, éthyliste, âge sup à 75 ans, mauvais état buccal (tartre, plaque, mauvaise hygiène)

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie : pas de précautions

Actes contre-indiqués :

Chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse :

***anesthésie intra-ligamentaire**

***traitement endodontique sur dents à pulpe non vivante et retraitement endodontique**

***traitement endodontique sur dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans digue**

***amputation radiculaire, transplantation, reimplantation, chirurgie périapicales, chirurgie parodontale, chirurgie implantaire, mise en place de matériaux de comblement**

4-Hypertension artérielle

Definition :Hypertention artérielle se définit par une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140mm hg et ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90mm hg

On distingue les patients :

*hypertendus équilibrés : patients sous traitement ayant une PAS inférieure à 140mm hg et une PAD inférieure à 90MM HG

*hypertendu non –équilibrés : patients avec ou sans traitement ayant une PA Ssupérieure ou égale à 140mm hg et ou une PAD supérieure ou égale à 90mm hg

Répercussions buccales :

Dues à la maladie	Dues au traitements
L'hypertension artérielle n'a pas de répercussion directe sur la cavité buccale	<p>*hyposialie- xérostomie(toutes les classes d'antihypertension)</p> <p>*réactions lichénoïdes (IEC .diurétiques)</p> <p>*hyperplasie gingivale,alteration du gout toxidermie ulcèreuse</p>

Synthèse des risques potentiels en odontologie :			
Type de risque	oui	non	
infectieux		+	
hémorragique	+		Risque d'hémorragie peropératoire
anesthésique	+		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs
médicamenteux	+		Risque d'interaction médicamenteuse
autres	+		Risque de crise hypertensive ou d'hypotension orthostatique

Prise en charge au cabinet dentaire :

Points clés

*Pour les patients hypertendus non équilibrés :

-le stress et la douleur peuvent provoquer une poussée hypertensive

-les traitements antihypertenseurs peuvent provoquer une hypotension orthostatique

*Pour les patients hypertendus équilibrés :

-un patient hypertendu équilibré peut être traité comme un patient non –hypertendu mais en prenant en compte deux risques :

- le risque d'interactions médicamenteuses

-le risque d'hypotension orthostatique

Précautions générales :

Pour les patients hypertendus non équilibrés

-Mesurer la pression artérielle du patient avant les soins

-Limiter le stress du patient :

Prémédication sédatrice et ou MEOPA (si le patient est stressé)

S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant débuter les soins

-limiter la dose totale de vasoconstricteurs

-en cas d'acte chirurgical : prévoir du matériel d'hémostase pour traiter un éventuel saignement peropératoire

-si durant les soins le patient ne sent pas bien (céphalées, vertiges, troubles de la vue ou acouphènes) ; il faut suspecter une crise hypertensive

-Eviter une hypotension orthostatique en fin de soins (relever le patient lentement)

-précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie : chez le patient hypertendu non équilibré

Limiter la dose de vasoconstricteurs à 4 cartouches adrénalinées à 1 /200000 .Au delà .utiliser des cartouches d'anesthésie sans vasoconstricteurs

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

Antibiotiques :pas de précautions particulière

Antalgiques et anti-inflammatoire : les AINS sont déconseillés chez les patients traités par diurétiques lorsqu'ils sont âgés et ou déshydratés(risque d'insuffisance rénale aiguë)

5-Pathologie respiratoire : ASTHME :

Définition : maladie inflammatoire chronique se caractérisant par une inflammation constriction et une modification architecturale et une hyper sécrétion bronchique

Classés en : intermittent ,persistant léger, persistant modéré ,persistant sévère, instable

-les patients ayant un asthme atopique présentent des allergies multiples associés à une prédisposition génétique

Répercussions buccales

<u>Dues à la maladie</u>	<u>Dues aux traitement</u>
L'asthme n'a pas de répercussions directes sur la cavité buccale	<p>*Mycose buccales (corticoides par voie inhalée notamment si le patient ne se rince pas la bouche après leur utilisation</p> <p>Xérostomie, irritations buccales</p>

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	Oui	non	
infectieux	+		Possible en cas de corticothérapie par voie générale
hémorragique		+	
anesthésique	+		Précautions vis-à-vis de vasoconstricteurs(conservateurs)
medicamenteux	+		Medicaments contre indiquer et risque d'interactions médicamenteuse
autre	+		Risque de crise d'asthme

Prise en charge au cabinet :

-Le stress et la douleur peuvent provoquer un bronchospasme chez un patient asthmatique

-chez les asthmatiques avec terrain très atopique (souvent corticothérapie par voie générale), éviter tous les allergènes potentiels, sulfites (conservateurs présents dans les anesthésiques avec vasoconstricteurs), poussières d'émail ou de résine, gants en latex

Précautions générales :

-Contacter le médecin traitant en cas de doute sur la sévérité de la maladie

-limiter le stress du patient :

*Prémedication sédatrice et ou MEOPA

* S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débuter les soins

-Si le patient a un traitement de crise (ventoline, bricanyl) ; il doit l'avoir sur lui durant les soins

-Préconiser un rinçage buccal à l'eau après chaque utilisation de corticoides inhalés (prévention des mycoses buccales)

-Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses et des médicaments contre-indiqués

-Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs (agents conservateurs)

-Précautions particulières pour les patients sous corticoïdes par voie générale

SITUATIONS CLINIQUES

-Asthmes intermittent / asthme persistant léger / asthme persistant modéré

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

-Asthmes persistant sévère /asthme instable

Prise en charge hospitalière car ces patients peuvent déclencher une crise d'asthme au contact de poussière d'émail , de résine ou des goutelettes d'un instrument rotatif

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

L'utilisation d'un anesthésique sans agents conservateurs (sulfites) , donc à ce jour sans vasoconstricteurs, est indiquée chez les patients ayant un asthme persistant sévère ou un asthme instable

Précautions vis-à-vis des prescriptions :

-Antibiotique :pas de précautions

-Antalgiques et anti-inflammatoire :

*la codéine est contre indiqué chez les patients asthmatiques

*les AINS sont contre –indiqués en cas d'antécédent de crise d'asthme provoquée par les AINS ou l'aspirine

*les AINS sont contre –indiqués en cas de syndrome de Widal

*Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par corticothérapie par voie générale(risque d'ulcère et hémorragie digestive) .En cas de réelle nécessité, la prescriptions devra être la plus courte possible et avec protecteurs gastrique(oméprazole, lansoprazole)

*Prendre en compte les autres maladies et ou du patient

5*Pathologie endocrinienne :

A*Le diabète :

Altération métabolique auto-immune dont le diagnostic est basé

-sur l'augmentation de la glycémie à jeun

-carence en sécrétion d'insuline et ou une résistance des cellules cibles à l'action de cette hormone

-un patient est considéré diabétique si sa glycémie est supérieure ou égale à 1,26 g /l sur deux prises de sang consécutives

-l'hémoglobine glyquée(HbA1c) reflète l'équilibre glycémique sur les 3 derniers mois et donc l'équilibre du diabète

Classification de l'OMS

*diabète de type 1 : débute en général avant 30 ans .il est du à une absence de sécrétion d'insuline par destruction des cellules B des îlots de langerhans du pancréas

*diabète de type 2 : débute en général après 40 ans chez un sujet en surpoids .il est principalement du à une insulino-résistance des cellules cibles

*diabète secondaire à certaines pathologies :
pancréatiques,hépatique,endocrinienne ;corticoïdes

*diabète gestationnel

Equilibre du diabète et risque infectieux :

*le diabète est considéré comme équilibré lorsque le patient a une HbA1c inférieure ou égale à 7%

*Le patient diabétique non équilibré HbA1c supérieure à 7% est considéré comme ayant un risque infectieux potentiellement accru

Répercussions buccales

Dues à la maladie	Dues aux traitements
*Augmentation de l'incidence et de la sévérité des maladies parodontales *xérostomie *augmentation du risque carieux(xérostomie et modification de la flore buccale) *augmentation du risque d'infection bactérienne ,virales et fongiques(immunodépression par perturbation des fonctions leucocytaires) en particulier risque de mycose buccale	Altération du goût (glucophage)

--	--

Synthèses des risques potentiels en odontologie

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		En cas de diabète non équilibré
hémorragique		+	
anesthésique		+	
médicamenteux	+		Risque d'interactions médicamenteuse
autres	+		Risque de malaise hypoglycémique

Prise en charge au cabinet dentaire

*une infection peut entraîner un déséquilibre du diabète

*le risque d'extension d'un foyer infectieux augmente lorsque la glycémie augmente

*chez les diabétiques le stress peut entraîner une décompensation aiguë

*la prise en charge odontologique se base sur l'équilibre du diabète donc sur le taux d'HbA1c

Chez le diabétique non équilibré :

-il est impératif d'éliminer les foyers infectieux buccodentaires

-la cellulite maxillo-faciale est une urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier

-tout acte sanglant même mineur (détartrage) doit être précédé d'une antibioprophylaxie

Précautions générale

-Connaitre le dernier taux d'HbA1c du patient

-contact systématique du médecin ou de l'endocrinologie traitant pour les patients diabétiques ayant un HbA1c supérieure à 7%

-un examen dentaire complet annuel ou bi-annuel est recommandé chez le patient diabétique (équilibré et non équilibré)

-limiter le stress du patient :

*prémédication sédatrice et ou MEOPA (si le patient stressé)

*s'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débuter les soins

-chez le diabétique insulinodépendant, planifier les soins de préférence après un repas

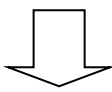

-une source de glucose doit pouvoir être utilisé en cas d'hypoglycémie

-attentions aux modifications alimentaires recommandées après les interventions chirurgicales

Si HbA1c inférieure ou égales

Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

Si HbA1c supérieure à 7 %

<u>Actes non invasifs</u>	<u>Actes invasif</u>
Actes de prévention,soins conservateurs,soins prothétiques non sanglants,dépose de points de sutures,pose de prothèses amovibles,pose au austement appareil orthodontique ,prise de radiographies dent ire intrabuccale 	Tous les actes impliquant une manipulation de la gencive , de la pulpe ou de la région périapicale de la dent ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors de l'anesthésie locale ou locorégionale)  Dans ces cas si l'acte nécessite une cicatrisation muqueuse et ou osseuse,il faut protocole anti- infectieux niveau B (1heure avant l'acte puis pour suivi 7 à10 JRS) sinon protocole de niveau A càd (seulement 1jour 1heure avant l'acte)

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

les vasoconstricteurs ne sont pas contre- indiqués chez les patients diabétiques équilibrés de type 1et 2

précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

pas de précautions pour les ATB parcontre il faut utiliser avec précaution les corticoides(risque d'hyperglycémie)

5*B-Désordres thyroïdiens

Hypothyroïdie :Il s'agit d'un déficit en hormones thyroïdienne par atteinte de la glande thyroïde

Hyperthyroïdie : excès en hormones thyroïdienne se traduisant au niveau des tissus cibles par un syndrome de thyrotoxicose

Répercussions générales à prendre en compte :

hypothyroïdie	hyperthyroïdie
Asthénie ,hypothermie,prise de poids,constipation,bradycardie	Nervosité,fatigue ,insomnie,thermophobie(hypersudation),amaigrissement, polydipsie

Prise en charge au cabinet dentaire :

*la très grande majorité des patients consultant en cabinet dentaire avec un désordre thyroïdien sont des patients stables

*Un stress aigu peut provoquer la décompensation des maladies thyroïdienne (surtout si non contrôlées ou non traitées)

Précautions générales

*Contacter le médecin traitant si la maladie n'est pas traitée ou semble non stabilisée

*limiter le stress du patient :premedication sédatrice et ou MEOPA (si le patient est stressé) et analgésie efficace

*Eviter l'utilisation répétée ou prolongée de produit iodés

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie : pas de précautions

*AUTRES : éviter l'utilisation répétée et prolongée de produits iodés (Bétadine)

6* Maladies hépatiques et gastro-intestinales

Hépatite virale :Definition :Maladies inflammatoire du foie (tissu hépatique) secondaire à une infection virale

-Les virus responsables sont VHA VHB VHC VHD(co-infection ou sur-infection du VHB et VHE) . Seuls les virus de l'hépatite B et C peuvent passer à la chronicité

*Il existe une prévalence élevée de l'infection VIH chez les patients présentant une hépatite virale B et C

*Répercussions générales à prendre en considération :

-Risque de thrombopénie induite par les interférons

- Risque d'anémie ,neutropénie et thrombopénie induite par la ribavirine(antiviral)

-Risque d'insuffisance hépatique

Répercussions buccales

DUES à LA MALADIE	DUES au traitement
Ictère,gingivirragie,pétechie purpura,ématomes buccaux	Reactions Lichénoïdes(intérferons),xérostomie,pemphigus vulgulaire,mucites et stomatites,altérations deu gout gingivorragies

Synthèses des risques potentiels en odontologie

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		EN CAS DE neutropénie
hemorragique	+		EN CAS DE THROMBOPENIE ou insuffisance hépatique associée
anesthésique		+	
medicamenteux	+		Médicaments contre - indiqués
autres	+		Risque d'accidents d'exposition au sang (AES)

Prise en charge au cabinet dentaire

*une hépatite virale peut provoquer une cirrhose et donc une insuffisance hépatique

*Chez un patient non traité par un anticoagulant ,l'insuffisance hépatique se caractérise notamment par une baisse du TP

*Un patient avec un TP normal n'a pas d'insuffisance hépatique

*Il existe un risque hemorragique si le patient a une thrombopénie ou une insuffisance hépatique associé à son hépatite

*Il ya un risque de transmission virale patient –soignant an cas d'AES

Précautions générales :

*chez un patient ayant une hépatite aigue ou chronique et ou sans traitement pour une hépatite :connaître la valeur du TP et NFS

*Précautions particuliers pour les patients présentant une thrombopénie et vis-à-vis des médicaments contre-indiqués

-vaccinations VHB recommandée pour tous les professionnels de santé

Situations cliniques :

*Pour les patients ayant présenté une hépatite virale avec un TP normal :tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales

*Pour ceux ayant présenté un TP inférieure à 50% : se référer à la fiche : cirrhose et insuffisance hépatique

Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

*lorsque le patient ne présente pas d'insuffisance hépatique (TP normal) il n'ya pas de précautions normales particulières vis-à-vis de l'anesthésie

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie

***ATB** :pas de précautions particulière si le TP est normal

***ATG et AI : le paracétamol** même à dose thérapeutique, les AINS et le tramadol sont contre –indiqués en cas d'hépatite aigue

*éviter le paracétamol chez les alcooliques (toxicité+)

*prendre en compte les autres maladies et traitements .

6 .B.CIRRHOSE ET INSUFFISANCE HEPATIQUE :

Définition :

*La cirrhose est une affection irréversible et diffuse du foie,caractérisée par une désorganisation de l'architecture lobulaire hépatique en relation avec une hapatopathie chronique

Répercussions générales à prendre en considération :

*la cirrhose provoque une immunodépression *thrombopénie due à un hypersplénisme

*perturbation de la coagulation par altération des facteurs de coagulation

Répercutions buccales :

*Angiome stellaires, ictère, gingivorragie, purpura et pétéchie ,altération du gout ,hypertrophie des glandes parotides

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		Risque infectieux chez le patient cirrhotique
hemorragique	+		Trouble de la coagulation plasmatique/thrombopénie
anesthésique	+		Précautions vis-à-vis de la molécule anesthésique

médicamenteux	+		Métabolisme hépatique non prédictible des médicaments prescrits
autres	+		RISQUE AES

Prise en charge au cabinet dentaire :

***les infections** bactérienne sont plus fréquentes et plus graves chez le patient cirrhotique

Précautions générales :

*Contacter le medecin traitant :stade de cirrhose ,présence d'insuffisance hépatique

*Bilan biologique :TP ,NFS *précautions pour éviter AES **eviter lidocaine (amonoamide)(augmentation de la demi vie en cas d'insuffisance hépatique)

*précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses

Situations cliniques :

Si Cirrhose avec un TP supérieure à 50 %

*actes sans risque hémorragique (soins conservateurs,soins preothétiques,anesthésie para-apicale ,intra-ligamentaire ou intra-septale):respecter les précautions générales et soins après contact de l'hématologue traitant (prescrire au non antibiotique)

*actes à risque hemorragique il faut :

Discussion avec l'hématologue traitant prise en charge au cabinet dentaire ou en milieu spécialisé

Si cirrhose associée à TP inférieure à 50%

Prise en charge en milieu hospitalier(risque hémorragique ++)

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :

*Les patients cirrhotiques et les patients insuffisants hépatiques nécessitant des précautions pour toute les prescriptions envisagées .

7.Maladies inflammatoires chroniques intestinales

Définition : les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) sont caractérisées par l'inflammation chronique d'une partie de la muqueuse intestinale à l'origine d'ulcérations

*Les MICI sont caractérisées par des phases d'activité entrecoupées de phases de rémission

*

Classification :

Les MICI regroupent : la maladie de crohn, rectocolite hémorragique

Prise en charge medicale de la maladie :

Non medicamenteuse	médicamenteuse
-arrêt du tabac pour la maladie de crohn,régime faible en résidus pendant les phases aiguës	-dérivés aminosalicylés,corticoides,immunossupresseurs,
-dans certains cas :traitement chirurgical (résection intestinale)	Anti-TNF ATB :metronidazole,ciprofloxacine

*lorsqu'elles passent à la période de remission, aucun traitement n'est prescrit ce qui permet durant cette période une prise en charge buccodentaire sans ATB si formule sanguine correcte (LEUCOCYTES)

Répercussions générales à prendre en compte :

Dues à la maladie	Dues au traitement
Ulcération buccale,Hyperplasies polypoides,cheilites,augmentation du risuqe carieux (modifications alimentaires), parodontopathies	En ralation avec corticothrapie au long cours et immunossupresseurs

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		Du aux traitements(corticoides,immunossupresseurs ANTI-TNF)
hemorragique		+	
anesthésique		+	
médicamenteux	+		Médicaments contre -indiqués
autres		+	

Prise en charge au cabinet dentaire :

Points clés :*le risque carieux peut être augmenté du fait de prises alimentaires fragmentes* les traitements corticoides , immunossupresseurs, anti-TNF majorent le risque infectieux* durant les périodes d'activités des MICI ,les patients ont un état général altéré (douleurs abdominales, fièvre, fatigue, amaigrissement, traitements médicamenteux plus importants ...)

Précautions générales :

*Faire des contrôles bucco-dentaires réguliers * Eviter les soins non urgents ou non nécessaires durant les phases d'activités des MICI *précautions vis-à-vis des traitements suscités et ceux contres indiqués

*tous les soins :conservateurs, endodontiques (cémentogènes, ostéocémentogènes) et que ce soit sur mono ou pluriradiculées sont possibles à condition de les réaliser correctement de préférence en période de rémissions en vérifiant taux de leucocytes sinon sous ATB

8. Insuffisance rénale chronique et dialyse :

Altération progressive et irréversibles des fonctions excrétrices et endocrines du rein

Classification

stade	Débit de filtration glomérulaire (ml/min/1,73m ²)
Maladie rénale chronique	60 -120
Insuffisance rénale modérée	30-59
Insuffisance rénale sévère	15-29
Insuffisance rénale terminale	INFÉRIEURE à 15

Prise en charge médicale de la maladie :

1* cas d'insuffisance rénale modérée ou sévère :

L'objectif :-pression artérielle inférieure à 130 /80 mm hg –protéinurie inférieure à 0,5g/ j

NON MEDICAMENTEUX	MEDICAMENTEUX
Encadrement diététique spécialisé Restriction des apports sodés apport protidique limité	Traitement de l'anémie, anomalies phosphocalciques, hyperurécémie, hypertension artérielle

2* cas d'insuffisance rénale terminale :

A*Dialyse :-méthode d'épuration du sang par création du circuit de circulation extracorporelle.

*Hémodialyse/ :-4 heures , 3 fois par semaine en milieu spécialisée

* Dialyse péritonéale : par catheter abdominal

B*Transplantation rénale : les patients qui seront sous immunosupresseurs

Répercussions générales à prendre en considération :

-l' état d'immunodépression par perturbation de l'immunité cellulaire et humorale à cause de l'urémie

-hypertension artérielle(cause ou conséquence de l'insuffisance rénale)

-Perturbation de l'hémostase primaire(altération de la fonction plaquettaire)

-thrombopénie possible due aux dialyses

Donc risque infectieux,hémorragique,HTA,serologie

Répercussions buccales :

Dues à la maladie	Dues aux traitements
Halitoses,altération du gout,gingivostomaties ulcéreuses,paleur des muqueuses, parodontopathies,calcifications pulpaire(acausedu trouble phosphocalcique)	-hyperplasie gingivale(immunosupresseurs,inhibiteurs calcique),parodontopathies,xérostomie,,herpes

Synthèse des risques potentiels en odontologie

Type de risque	oui	non	
infectieux	+		Lié à l'immunodépression
hemorragique	+		Trouble de l'hémostase primaire
anesthésique	+		Précautions vis-à-vis de la technique employée
médicamenteux	+		Médicaments contre-indiqués
autres		+	

Prise en charge au cabinet dentaire

Points clés :

-l'insuffisance rénale provoque une immunodépression qui peut être sévère

-La prise de certains médicaments peut entraîner une décompensation de l'insuffisance rénale*la fonction rénale baisse avec l'âge* les patients transplantés rénaux sont sous traitement immunosuppresseurs

Chez un patient hémodialysé :ya risque hémorragique les jours de dialyse à cause de l'héparinothérapie mais aussi due à la thrombopénie et il ya forte prévalence de l'hépatite

Précautions générales :

-Contacter le médecin traitant,obtenir les derniers résultats biologiques du patient :NFS et débit de filtration glomérulaire, pour les dialysés connaître ours de dialyse

-précautions vis-à-vis des médicaments contre-indiqués et des interactions médicamenteuses-précautions pour ceux à hypertension artérielle associée , précautions si thrombopénie, précautions pour ceux traités par immunosuppresseurs

Situations cliniques :

Tous les patients présentant une insuffisance rénales chronique

*Actes non invasifs : respecter les précautions générales

*Actes invasifs : tous les actes impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe, ou de la région périapicale de la dent ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors de l'anesthésie locale ou locorégionale) :décision avec le médecin traitant pour la mise en place d'une antibioprophylaxie en fonction des soins à réaliser et de l'état du patient*pour les actes chirurgicaux : prévoir un protocole d'hémostase local

-Prendre en compte les cofacteurs de risque infectieux : tabagisme ,éthylisme,âge sup à 75 ans, mauvais état buccal(tartre,plaque,mauvaise hygiène...) ,neutropénie,lymphopénie...

-Particularité du patient hémodialysé :

Pour les actes à risque hémorragique : intervenir en dehors des jours de dialyse pour éviter l'effet anticoagulant de l'héparine

-Patient candidat à une transplantation :

Éliminer l'ensemble des foyers infectieux réels et potentiels avant la chirurgie (immunodépression suite à prise des immunosuppresseurs après transplantation)

-Patient transplanté :

Ces patients sont traités par immunosuppresseurs

-Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

Eviter les anesthésies inhalatoires (risque infectieux accru)

-Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :

-pénicillines : réduire la dose en cas d'insuffisance rénale sévère ou terminale

-les macrolides sont contre-indiqués chez les patients traités par colchicine (traitement de l'hyperuricémie)

-Tramadol : réduire la posologie

-AINS contre-indiqué si insuffisance rénale modérée, sévère ou terminale

9. Oncologie

9.A. Patient sous chimiothérapie

La chimiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique contre les cancers. Elle utilise des médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses.

Risque de pan cytopénie majeur, donc les patients présenteront un risque infectieux.

- **Avant chimiothérapie**

Supprimer tous les foyers infectieux, de préférence 3 semaines avant le début de la chimiothérapie.

- **Pendant chimiothérapie**

On a des ulcérations et des adénopathies.

Demander une FNS. Se limiter aux actes urgents.

- **Après chimiothérapie**

Demander une FNS.

Prendre les précautions nécessaires en cas de radiothérapie ou traitement par bisphosphonate concomitant.

Précautions générales

-En raison du risque infectieux, travailler sous antibioprophyllaxie et la maintenir jusqu'à cicatrisation complète.

-Toujours prendre en compte les résultats de l'FNS avant d'entreprendre une thérapeutique.

-Contre-indication : pénicillines et AINS chez les patients traités par méthotrexate.

9.B.Radiothérapie

Utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules

Risque principal : ostéoradionécrose (ORN) : lyse et nécrose osseuse due aux radiations ionisantes à fortes doses. Elle est plus fréquente à la mandibule.

L'os irradié ne reprend une structure normale que 5ans après radiothérapie.

Diagnostic précoce et ORN limitée

Traitement conservateur, non chirurgical (lavage antiseptique, ATB bimoléculaire jusqu'à cicatrisation complète, oxygénothérapie hyperbare, élimination des séquestres osseux.

ORN réfractaire avec aggravation des symptômes

Traitement radical par résection interruptrice associée à une reconstruction maxillo-faciale.

Avant radiothérapie

-Le praticien doit avoir une parfaite connaissance des volumes cibles, des doses de rayons, de la durée de l'irradiation.

-Faire un bilan de l'état bucco-dentaire par un examen clinique et radiographique.

-Confection des gouttières thermoformées.

-Procéder à une remise en état de la cavité buccale :

- Conservateur : si les dents sont conservables et qu'elles se situent hors du champ d'irradiation.
- Radical : si les dents sont non conservables, doivent se faire 3 semaines avant radiothérapie.

-Une dent incluse asymptomatique doit être laissée en place

Pendant radiothérapie

Ne pas intervenir.

Prescrire des antalgiques.

Application topique de spray anesthésique.

Bains de bouche en cas de mucite.

Pas d'anesthésie avec vasoconstricteur.

Après radiothérapie

Revoir le malade 3 mois après radiothérapie.

L'objectif à atteindre est de prévenir les caries post-radiques, de minimiser au maximum les risques d'apparition de radionécrose pour cela il faut :

- Systématiser l'utilisation des fluorures : celle-ci doit débuter 1 mois après la radiation c'est-à-dire après la guérison des ulcérations muqueuses. C'est une opération qui doit être pratiquée tous les jours et à vie sans tenir compte de la dose délivrée. Cette fluoruration dure 5mn le soir chaque jour après un brossage minutieux avec un dentifrice fluoré.
- Palier à la sécheresse buccale : celle-ci est à l'origine de développement de caries, pour remédier à ce phénomène, il est recommandé : une lubrification des muqueuses (hydratation par l'eau, salive artificielle).
- Les soins conservateurs : ils sont réalisables et doivent être menés délicatement surtout lors de l'utilisation d'instruments canaux et ce afin de ne pas refouler de germes dans la région périapicale.
- Les traitements endodontiques sous antibioprophylaxie (sous anesthésie sans vasoconstricteurs) peuvent être effectués sous antibioprophylaxie 2jr avant et la maintenir pendant 8jr jusqu'à cicatrisation totale.

9.C.Patient sous bisphosphonates BPS

Antirésorbeurs osseux prescrits dans le traitement des pathologies osseuses impliquant l'intervention du remodelage osseux. En cas d'affection bénigne (ostéoporose) ou maligne (cancers et métastases).

La demi vie des molécules dure plus de 10 ans.

Complications : ostéonécrose des mâchoires ONM. Elle est définie comme étant : une exposition d'os nécrosé dans la cavité buccale depuis au moins 8 semaines chez un patient traité ou ayant été traité par BPS sans antécédents de traitement par radiothérapie et en absence de toute métastase.

On différencie :

- ONM révélée par un acte chirurgical sur l'os alvéolaire : avulsion, implant, chirurgie, infection endodontique
- ONM spontanée : rare.

Elle est plus fréquente à la mandibule.

La corticothérapie ou la PR chez un patient sous BPS augmente le risque d'ONM.

Précautions particulières

-Motivation du patient à l'hygiène bucco-dentaire.

-Faire une remise en état de la cavité buccale avant de commencer le traitement. Si celui-ci est déjà instauré, antibiothérapie massive et longue 2jr avant l'acte et continuer jusqu'à cicatrisation complète.

-L'anesthésie doit se faire sans vasoconstricteur.

-Eviter l'anesthésie intraseptale et intraligamentaire.

-Le geste doit être le plus atraumatique possible.

-Eviter la chirurgie osseuse et muqueuse.

-Le suivi doit se faire deux fois par an.

10.Pathologies Neurologiques

Epilepsie

Caractérisée par des crises convulsives répétitives.

-Les traitements doivent être de courte durée et de préférence le matin.

-Le stress et la douleur peuvent déclencher une crise (prémédication sédatrice).

-Préférer l'anesthésie générale chez les patients souffrants de crises quotidiennes.

-Eviter de trop éblouir le malade avec la lumière ou scialytique pendant les soins.

-En cas de crise convulsive injecter en IV du valium à 10 mg.

-En cas de patient traité par carbamazépine, éviter les macrolides, doxycycline, corticoïdes, tramadol.

-En cas de patient traité par barbituriques, hydantoïne, éviter la doxycycline, les corticoïdes.

11.Pathologies virales

11.A.Les hépatites virales

Inflammation du foie par un virus : VHA, VHB, VHC, VHD, VHE. Elle peut être aigue ou chronique. Elle peut provoquer une cirrhose et insuffisance hépatique.

-On a un risque hémorragique (demander FNS, INR) et infectieux.

-En présence d'une hépatite virale aigue ou active ; les soins dentaires sont à proscrire sauf urgences.

-Contre-indication en cas d'hépatite aigue : ATB (cyclines, érythromycine), paracétamol, AINS, tramadol, codéine.

-Pas de précautions particulières si l'INR est normal.

-Si l'hépatite est guérie ; aucune précaution particulière n'est à prendre.

-La vaccination du personnel médical est obligatoire.

11.B.VIH et SIDA

- ***Le risque hémorragique*** : en raison des risques de thrombopénie, anémie et leucopénie. Un bilan d'hémostase est demandé.
- ***Le risque infectieux*** : l'antibioprophylaxie est indispensable chez les patients souffrants de neutropénie sévère et chez les patients dont l'infection a pour origine une toxicomanie par voie IV.
- Eviter les interactions médicamenteuses s'il est polymédiqué.

CONCLUSION : il convient de connaître l'essentiel de toutes les pathologies et états à risque que peut rencontrer le médecin dentiste pour confronter toute situation et assurer une meilleure prise en charge durant les soins en OCE