

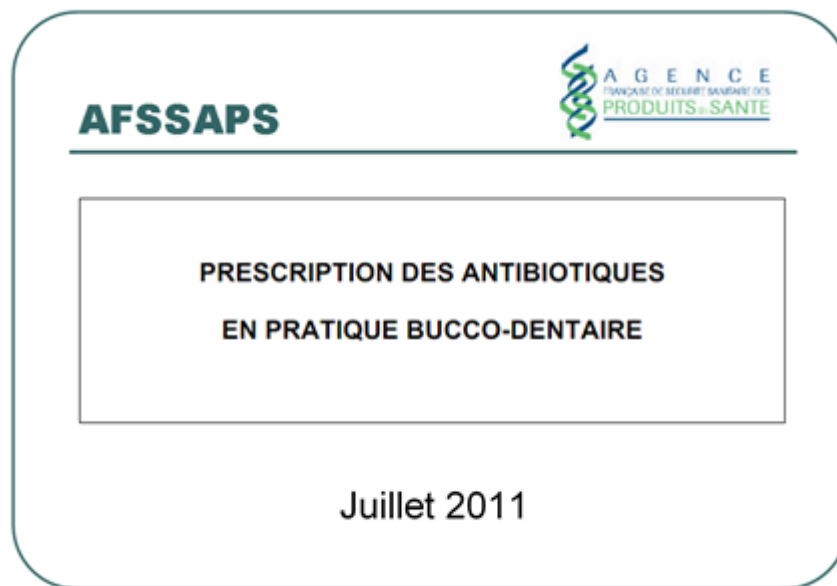
Collège National
des Enseignants
en Chirurgie Orale
et Médecine Orale

cneco

PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE

PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE

Définition : un antibiotique est une substance qui s'oppose au développement bactérien en solution diluée, par une action générale et spécifique (à différencier de « antiseptique » et « désinfectant »).



Le cadre officiel : les recommandations de l'ex AFSSAPS (ANSM) (Juillet 2011) sur la « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire ».

Quand prescrire ?

1) Pour lutter contre une maladie bactérienne déclarée (traitement **curatif**)

- pour aider l'organisme à lutter contre une infection bactérienne (ce n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire, heureusement)
- pour limiter les conséquences d'une infection (inflammation, trismus)

« En présence d'une infection accompagnée de fièvre, trismus, adénopathie ou œdème persistant ou progressif, l'antibiothérapie curative sera toujours indiquée, en complément du traitement local adéquat »

NB : Selon le cas, **d'autres traitements que les antibiotiques** (notamment chirurgicaux) doivent être employés, seuls ou associés aux antibiotiques.

2) Pour éviter l'apparition d'une maladie bactérienne (traitement **préventif**)

- notion d'**antibioprophylaxie**
- notion de terrain : l'ANSM définit les immunodéprimés (sensibilité générale) et les sujets à haut risque d'endocardite (risque focal).

NB : les cardiopathies ischémiques et les prothèses articulaires NE CONSTITUENT PAS une situation à risque majoré d'infection focale !



Dans ce cadre d'un traitement à titre préventif, les indications sont aussi classiquement d'ordre :

- local : ampleur de la chirurgie, classe de contamination (Altemeier)
- régional : liée par exemple à un risque de nécrose des mâchoires (antécédents d'irradiation, prise de bisphosphonates, d'anti-angiogéniques)
- général (immunodéprimé) ou à distance (haut risque d'endocardite)

Pourquoi ne pas prescrire ?

Les antibiotiques ne sont pas des médicaments anodins. Leur prescription expose à des dangers pour le patient et pour la collectivité.



- Risque pour le patient : toxicité, allergie (parfois gravissime : choc anaphylactique), déséquilibre de la flore intestinale (diarrhée, colite pseudomembraneuse potentiellement mortelle)
- Risque pour l'environnement : sélection de bactéries multi-résistantes (BMR).

Toute prescription entraîne un coût pour la collectivité, *a fortiori* s'il s'agit de médicaments remboursés.

Enfin et surtout, contrairement à ce que pourrait penser certains patients et certains praticiens, un très grand nombre de situations pathologiques ou douloureuses ne sont pas des indications de traitement antibiotique.

- Les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires
- Il ne faut pas se reposer entièrement sur eux pour combattre l'infection
- Les autres techniques (asepsie, chirurgie, endodontie, antiseptie, hygiène) doivent systématiquement être mises en œuvre.

Ainsi :

- *Il existe des infections bactériennes ne justifiant pas une antibiothérapie (par exemple : un abcès simple chez une personne saine : le traitement est uniquement chirurgical !)*
- *Il existe des situations douloureuses, notamment après chirurgie, où les antibiotiques ne sont pas indiqués (exemple : alvéolite sèche).*

Ubi pus, ibi evacua

Dans la population générale, l'antibiothérapie est inutile dans :

- les pathologies non infectieuses
- les infections non bactériennes (infections virales, candidoses ...)
- les candidoses buccales
- certaines pathologies avec participation bactérienne :
 - les caries, la nécrose pulpaire
 - les alvéolites sèches
 - l'abcès parodontal
 - les gingivites chroniques
 - les accidents d'éruption des dents temporaires
 - les cellulites chroniques
 - les péri-implantites

Quoi prescrire ?

Le recours à un antibiogramme est réservé aux cas graves ou d'inefficacité apparente du traitement. En pratique bucco-dentaire, c'est donc la notion **d'antibiothérapie probabiliste** qui prévaut.

Le choix d'une famille antibiotique tient compte du spectre, de la pharmacocinétique, de la recherche du moindre risque pour le patient, du minimum de dégât écologique et du moindre coût.

Sur ces critères, l'AFSSAPS a retenu des molécules appartenant aux familles des pénicillines, des macrolides et apparentés, des nitro-imidazolés.

Le texte de l'AFSSAPS précise que les cyclines doivent être réservées au seul traitement de la parodontite agressive localisée. L'utilisation des céphalosporines n'est pas préconisée.

Antibiothérapie prophylactique

Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention :

- sans allergie aux pénicillines : **Amoxicilline 2 g**
- en cas d'allergie aux pénicillines : **Clindamycine 600 mg**



C'est le principe de l'**antibioprophylaxie flash**

Antibiothérapie curative

Prescription ambulatoire chez l'adulte en 1^{ère} intention

DCI	Chef de file	Dose /24h	Prises /24h	Durée (j)	Famille
Amoxicilline	Clamoxyl®	2g	2	7	Pénicillines A
Azithromycine	Zithromax®	500 mg	1	3	Macrolides
Clarithromycine	Zeclar®	1000 mg	2	7	
Spiramycine	Rovamycine®	9 MUI	3	7	
Clindamycine	Dalacine®	1200 mg	2	7	Lincosamides (apparentés macrolides)

Selon les recommandations de l'AFSSAPS 2011

Prescription ambulatoire chez l'adulte en 2nde intention (en cas d'échec de la monothérapie)

DCI	Dose /24h	Prises /24h	Durée (j)
Amoxicilline + acide clavulanique	2g à 3g	2 ou 3	7
	250 à 375 mg		
Amoxicilline + Métronidazole	2 g	2	7
	1500 mg	2 ou 3	
Métronidazole + azithromycine	1500 mg	2 ou 3	7
	500 mg	1	3
Métronidazole + clarithromycine	1500 mg	2 ou 3	7
	1000 mg	2	
Métronidazole + spiramycine	1500 mg	2 ou 3	7
	9 MUI	3	

Selon les recommandations de l'AFSSAPS 2011

Accidents de l'antibiothérapie

(ils sont communs aux différentes familles)

Diarrhée

Peut survenir pour des traitements très courts

Cas particulier de gravité : la colite pseudomembraneuse qui peut être mortelle,

Liée le plus souvent à *Clostridium difficile*,

Les probiotiques sont parfois proposés en prévention (hors AMM)

Traitement : fidaxomicine, métronidazole

Les probiotiques :

- Bacilor[®]
- Ultralevure[®]

Candidoses

Pour des traitements plus long.

Elles sont particulièrement redoutables dans le cas du SIDA.

Donc NE PAS PRESCRIRE de traitements antibiotiques inutiles chez ces malades qui ne sont pas plus sujets aux infections post-opératoires que les autres !

Le SIDA prédispose essentiellement aux infections :

- virales (Ex :herpès)
- fongiques (candidoses)
- bactéries intracellulaires (tuberculose)

Les différentes familles

- β -lactamines

Pénicillines A = aminopénicillines

La molécule la plus employée est l'amoxicilline (chef de file : **Clamoxyl[®]**)

Possibilité de recourir à un d'inhibiteur de bêtalactamases pour renforcer le spectre : amoxicilline + acide clavulanique = **Augmentin[®]**

Bactéricide, élimination rénale

Principaux effets indésirables (outre les effets communs aux différentes familles)

- Allergie

Eruptions, urticaire, toux, asthme, choc ...

- Éruptions non allergiques

En cas de MNI (mononucléose infectieuse), IAM avec l'allopurinol (Zyloric[®])

- Effets dus à l'acide clavulanique dans Augmentin[®] :

Troubles digestifs : nausées, vomissements

Avantages des β -lactamines :

Innocuité +++

- Pratiquement pas d'IAM
- Pas de toxicité, même pour des doses très élevées
- OK chez femme enceinte

Cette innocuité, son spectre adapté, son faible coût et les possibilités d'association font de l'amoxicilline **l'antibiotique de 1^{ère} intention**.

- Nitroimidazolés

Le **métronidazole** est le seul représentant de cette famille à être utilisée en médecine bucco-dentaire.

Il est commercialisé sous le nom de **Flagyl® ou de Tiberall®**
Très efficace sur les anaérobies.

Principaux effets indésirables (outre les effets communs aux différentes familles)

- digestifs
- effet antabuse : vomissements, rougeur, chaleur en cas d'absorption d'alcool
- allergie (azolés)
- IAM : AVK
disulfirame (Espéral®)
- hématologiques (rares neutropénies)

- Macrolides

Bactériostatiques, élimination biliaire

Quelques molécules :

spiramycine
clarithromycine
azithromycine

Principales IAM :

Mise à part la spiramycine, l'ensemble des antibiotiques macrolides sont caractérisés par de nombreuses IAM, concernant en particulier la clarithromycine.



- certains anti-arythmiques, certains antihistaminiques > Torsades de pointes
- alcaloïdes de l'ergot de seigle : bromocriptine, ergotamine > Troubles vasomoteurs importants, confusion
- colchicine > détresse respiratoire, coma

Principaux effets indésirables (outre les effets communs aux différentes familles)

- nausées, vomissements, diarrhées
- allergie cutanée
- toxicité hépatique
- troubles neurologiques

D'une manière générale, les macrolides sont :

- peu toxiques
- OK insuffisant rénal
- OK femme enceinte
- pas recommandés en cas d'allaitement
- à prendre avant le repas pour une bonne diffusion

Bonne diffusion salivaire : intéressant en cas de pathologie salivaire, stomatite bactérienne

Il existe des spécialités « historiques » associant spiramycine et métronidazole. Mais elles ne sont pas suffisamment dosées : il faut prendre 6 cp par jour pour obtenir la dose préconisée par l'ANSM.

- Antibiotiques apparentés aux macrolides :
- clindamycine (**Dalacine**®)

Rappel : cette molécule est préconisée dans la prévention du risque oslérien en cas d'allergie aux bêta-lactamines.

Comment prescrire ?

Antibioprophylaxie

- Sujet à haut risque d'endocardite infectieuse :

Antibioprophylaxie « flash » :

L'antibiotique doit être disponible dans le sang au début de la chirurgie !!!

Prise « dans l'heure qui précède l'intervention »

- Sujet immunodéprimé :

Idem : commencer avant le début de la chirurgie

Traitement jusqu'à la cicatrisation. ⁽¹⁾

Traitement curatif ⁽¹⁾

Commencer dès que possible.

Poursuivre jusqu'à la fin de l'infection.

C'est-à-dire classiquement jusqu'à 2 jours après la disparition des symptômes.

Chaque cas d'infection est particulier :

On ne doit pas se conformer systématiquement à des prescriptions types (du genre « 3 jours ») mais revoir le patient pour contrôle, réévaluer.

Intervention en milieu infecté chronique ⁽¹⁾

Si l'on craint une ISO (infection du site opératoire), il vaut mieux « refroidir » la lésion. Intervenir au bout de 5 jours d'antibiothérapie et poursuivre 2-3 jours après.

Intervention en milieu infecté aigu ⁽¹⁾

En urgence :

- soit sans antibiotique,
- soit éventuellement après une dose de charge.

Le geste chirurgical doit être le plus précoce possible !

Quand un geste chirurgical est nécessaire au traitement d'une infection (drainage d'abcès, avulsion ...), C'EST UNE ERREUR que de différer ce geste au motif de tenter de « refroidir » !

En pratique

Recommandations AFSSAPS 2011

Il faut évaluer l'efficacité du traitement par un examen clinique !

En effet, la durée d'une antibiothérapie doit éventuellement être prolongée⁽²⁾ en fonction de la nature de l'infection, de l'hôte, de sa réaction, etc.

⁽¹⁾ en dehors des recommandations AFSSAPS 2011

⁽²⁾ au-delà des préconisations des recommandations AFSSAPS 2011

Cas cliniques

Cas clinique 1

Situation clinique :

- Avulsion 38 il y a 3 semaines
- Douleur
- Gonflement
- Fièvre
- Tuméfaction jugale fluctuante

Fluctuance : consistance d'une lésion contenant une collection liquidienne (en l'occurrence du pus). La perception d'une fluctuance confirme ici le diagnostic d'abcès et impose son drainage.

Diagnostic

- Abcès « de la 3^{ème} semaine »

Attitude

Traitement chirurgical uniquement :

- Incision
- Curetage
- Drainage
- Pas de prescription antibiotique (mais antalgique oui)

Cas clinique 2

Situation clinique :

Intervention programmée

- Patient sain, 58 ans
- Avulsion 38 en désinclusion
- Sans signe infectieux



Attitude

- Antibio prophylaxie

Prescription

- Amoxicilline : flash 2 g en 1 seule dose, avant le geste.

Cas clinique 3

Situation clinique :

- Patient sain, 29 ans
- Péricoronarite chronique 38
- Avulsion programmée

Attitude

- « Refroidir » la lésion

Prescription

- Amoxicilline, 1g matin et soir pendant 7 jours. Intervention le 5e jour.

Cas clinique 4

Situation clinique :

- Patient greffé hépatique
- Nécessité d'avulser la 24 non infectée
- Intervention programmée dans 1 semaine

Attitude

- Antibio prophylaxie

Prescription

- Amoxicilline, 1g matin, midi et soir
- Commencer 1 h avant l'intervention
- Poursuivre jusqu'à la cicatrisation muqueuse

Cas clinique 5

Situation clinique :

- Patient sain
- Avulsion de la 45 il y a 4 jours
- Douleurs vives, alors que les douleurs avaient disparu

Diagnostic

- Alvéolite sèche

Attitude

- Nettoyage de l'alvéole
- Méchage à l'eugénol
- Pas de prescription antibiotique (mais antalgique oui)

Cas clinique 6

Situation clinique : (patient sain)

- Cellulite circonscrite aiguë d'origine apicale
- Nécessité d'avulsion de la dent causale



Attitude médicale

- Antibiothérapie curative

Prescription

- Amoxicilline 1g matin et soir pendant 7 jours, ré-évaluer

Attitudes chirurgicales ?

- 1) différer l'avulsion de quelques jours (dans l'espoir de faire rétrocéder un trismus et d'obtenir des meilleures conditions pour l'anesthésie) = attitude très discutable !!!
- 2) intervention à chaud le plus rapidement possible (éventuellement après une première prise d'antibiotique) + lavage et antiseptie de l'alvéole = meilleur service rendu.

Rédacteur : Pr Jacques Henri Torres

Lecteur : Pr Vianney Descroix

Dernière mise à jour : Mars 2016

Remarque et suggestions : jacques-henri.torres@umontpellier.fr