

**Collège National
des Enseignants
en Chirurgie Orale
et Médecine Orale**

cneco

Cas clinique Référentiel Internat

Item CO 01

**Pathologies cardio-vasculaires et Chirurgie
Orale**

Vous recevez en consultation dans votre cabinet un patient âgé de 66 ans, porteur d'une valve mitrale prothétique (bioprothèse) depuis une dizaine d'année, adressé par l'un de vos correspondants omnipraticien. Il est traité par Fluindione (Préviscan® 20mg, un demi comprimé/jour) depuis cette époque. Aucun autre traitement médicamenteux et aucun autre antécédent médico-chirurgical n'est à noter. Vous réalisez un orthopantomogramme (Figure ci-dessous).

L'examen clinique exobuccal ne révèle rien de particulier. L'examen clinique endobuccal révèle la présence généralisée de plaque dentaire et des mobilités de toutes les dents restantes entre 2 et 3. Ce patient ne bénéficie d'aucune restauration prothétique des édentements présents.



1. Quel diagnostic évoquez-vous en première intention ? Justifiez votre réponse. (5 points)
2. Vous envisagez les avulsions de toutes les dents restantes avec pose de prothèses amovibles immédiates réalisées par le praticien qui vous l'a adressé ; quels risques présente ce patient ? Justifiez votre réponse. (10 points)
3. Quelles précautions pré-, per- et post-opératoires allez vous prendre ? Argumentez votre réponse. (60 points)
4. Existe-t-il un ou plusieurs facteur (s) d'incompatibilité avec la réalisation de ces avulsions dans votre cabinet ? Justifiez votre réponse. (10 points)
5. Quelle planification proposez-vous à ce patient concernant les avulsions dentaires ? (15 points)
6. Quelle communication mettez-vous en œuvre avec le praticien qui vous a adressé ce patient ? (5 points)
7. Un traitement par prothèse implanto-portée vous paraît-il concevable chez ce patient ? Justifiez votre réponse. (15 points)

Corrigé

Ce corrigé avec la pondération sur un total de 120 est donné à titre indicatif pour permettre à l'étudiant de s'évaluer. Il ne préjuge en rien des éléments de réponse et de la pondération afférente à chacun d'entre-eux qui serait retenu par un jury d'internat.

ZAQ=zéro à la question.

Question 1

- Diagnostic : Parodontite (1 pt) sévère de stade IV (1 pt) généralisée (1 pt) (selon la récente classification de l'Académie Américaine de Parodontologie et de la Fédération Européenne de Parodontologie : référence 1).
- Justification : Alvéolyse sévère voire terminale généralisée (1 pt); Mobilités dentaires généralisées (1 pt).

ZAQ si diagnostic incomplet ou erroné.

Question 2

- Risque infectieux (2 pts) car patient à haut risque d'endocardite infectieuse (3 pts) (recommandations de la Société Européenne de Cardiologie, ESC 2015 : référence 2).
- Risque hémorragique (2 pts) car patient sous traitement anticoagulant (3 pts).

ZAQ si absence de l'un des 2 risques.

Question 3

- Précaution pré-opératoire :
 - Prescrire un INR (5 pts) à faire préférentiellement dans les 24 heures précédant l'intervention (recommandations SFCO 2015 : référence 3). Si l'INR est stable et sa valeur est <4 (5 pts), vous pourrez réaliser des avulsions dentaires dans votre cabinet (sous certaines conditions : voir ci-dessous) (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - Prescrire une antibioprophylaxie (5 pts) à prendre dans l'heure qui précède le geste opératoire (1 pt) : Amoxicilline (2 pts) 2 gr (1 pt) ou Clindamycine (2 pts) 600 mg (1 pt) en cas d'allergie à l'amoxicilline (recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, ANSM 2011 : référence 4, ou de la Société Européenne de Cardiologie, ESC 2015 : référence 2) et s'assurer de son observance (1 pt).
 - Ne pas interrompre le traitement anticoagulant (2 pts) (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - S'assurer de la continuité des soins (2 pts). Le patient victime d'une complication hémorragique doit pouvoir contacter à tout moment un praticien compétent dans la prise en charge de telles complications (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - Assurer un enseignement à l'hygiène orale (1 pt) et un détartrage (1 pt) pré-opératoire (recommandations ESC et SFCO 2015 : références 2 et 3) de manière à diminuer la bactériémie post-opératoire (1 pt).
 - S'assurer de la présence des guides chirurgicaux (1 pt) et des prothèses amovibles (1 pt) lors de la dernière séance d'avulsions (Référence 5).

ZAQ à cette partie si pas d'INR <4 ou si pas d'antibioprophylaxie avec au moins un exemple de protocole.

- Précautions per-opératoires :
 - Pratiquer des avulsions de manière la plus atraumatique (2 pts) possible.

- Assurer une hémostase primaire (5 pts) efficace : pansement intra-alvéolaire (1 pt), suture par dessus (1 pt), colle par dessus (1 pt), puis compression (1 pt) externe (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
- Précautions post-opératoires :
 - Prescrire de quoi assurer une hémostase locale à domicile (5 pts) : compresses (1 pt), acide tranexamique (1 pt) (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - Assurer un traitement antalgique immédiatement la fin de l'intervention, analgésie anticipée (5 pts) puis pendant 48h (1 pt) (recommandations HAS 2005 : référence 6) à base de paracétamol ou d'un dérivé opiacé mais pas d'AINS pour ne pas majorer le risque hémorragique (1 pt) (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - Pas besoin de contrôler l'INR avec une antibioprophylaxie en prise unique (1 pt) (recommandations SFCO 2015 : référence 3).
 - Assurer un contrôle à 48 heures (1 pt) et à une semaine (1 pt)

Question 4

- Oui si INR ≥ 4 ou s'il est instable (5 pts) (recommandations SFCO 2015 : référence 3). Dans ce cas, il faut sursoir à l'intervention et se mettre en rapport avec le prescripteur du traitement anticoagulant pour envisager une suite à donner (5 pts).

Question 5

- Avulsions en plusieurs séances (approche segmentaire) (5 pts) compte tenu du risque hémorragique et du nombre d'avulsions (22 dents) ce qui en ferait un geste à risque hémorragique élevé (5 pts) (recommandations SFCO 2015 : référence 3). De plus, la technique de réalisation d'une prothèse complète bimaxillaire immédiate implique la mise du patient en classe I de Kennedy (1 pt) (Référence 5).
- Programmer les séances opératoires de préférence le matin (2 pts) et en début de semaine (2 pts) de manière à limiter le risque hémorragique et à faciliter la prise en charge d'une éventuelle complication (recommandations SFCO 2015 : référence 3).

Question 6

- Communication épistolaire (par écrit) (3 pts) l'informant de la planification des avulsions dentaires (1 pt) et de la nécessité d'un guide chirurgical permettant le transfert des données prothétiques sur le plan anatomique (1 pt).

Question 7

- Ce type de traitement n'est pas contre-indiqué chez ce patient. Donc ce traitement est concevable (5 pts). Vis à vis du risque hémorragique, la mise en place d'implants n'est pas contre-indiquée si l'INR le permet (5 pts) (recommandations SFCO 2015 : référence 3) ; par exemple la mise en place de 2 implants mandibulaires stabilisateurs de la prothèse complète mandibulaire. Vis à vis du risque infectieux, la mise en place d'implants n'est plus contre-indiquée chez les patients porteurs d'une valve cardiaque prothétique (5 pts) (recommandations de la Société Européenne de Cardiologie 2015 : référence 2).

ZAQ à cette question si implant contre-indiqué.

Références

1. A new classification schème for periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Clin Periodontol 2018 ; 45(Suppl 20).
2. Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2015;36: 3075–3123.
3. Société Française de Chirurgie Orale : Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale, SFCO 2015. societechirorale.com.
4. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. ANSM 2011. <http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments>.
5. Prothèse amovible complète-Prothèse immédiate- Prothèse supra-radicaire et implantaire. Rignon-Bret C et JM. Editions CdP, 2002.
6. Haute Autorité de Santé : Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie orale, HAS 2005. has-sante.fr.

Rédacteur : Pr Philippe Lesclous

Lecteur : Pr Jacques Henri Torres

Dernière mise à jour : 15/10/2018

Remarque et suggestions : philippe.lesclous@univ-nantes.fr