

## Commission de l'exercice professionnel et Groupe de réflexion

# Réflexions sur les possibilités de réponse aux demandes des chirurgiens orthopédistes avant arthroplastie

## Protocole de communication avec les chirurgiens orthopédistes

### Objectifs

- 1 – Permettre une réponse appropriée à la demande des chirurgiens orthopédistes avant arthroplastie.
- 2 – Définir une attitude thérapeutique face à un patient porteur d'une prothèse ostéo-articulaire.
- 3 – Réponse dans le cas de demande de recherche de foyers dentaires lors de la survenue d'une infection au niveau d'une prothèse ostéo-articulaire.

La question est généralement posée ainsi :

*"Avant de réaliser cette intervention, il faut s'assurer de l'absence d'un foyer dentaire infectieux patent ou latent et le traiter s'il y a lieu. Le risque d'une bactériémie et d'une infection secondaire de la prothèse rend nécessaire cette précaution et justifie ultérieurement une surveillance régulière".*

Il s'agit pour le chirurgien dentiste d'élaborer une réponse satisfaisante.

En s'appuyant sur la synthèse des données bibliographiques présentées par le rapport à l'Académie nationale de chirurgie dentaire (Bulletin de l'Académie N° 49 – 2006, p 113-128) :

- 1 – Définir le niveau de risque du patient : patient sans risques / patient à risques.
- 2 – Faire un **bilan clinique** et constituer un **bilan radiographique complet et récent avec éventuellement des clichés apportés par le patient : à conserver dans le dossier du patient.**
- 3 – Proposer un plan de traitement en fonction des pathologies bucco-dentaires observées et l'évaluation approximative du délai nécessaire.
- 4 – Remarque : **sauf dans le cas de fracture du col du fémur**, il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle non urgente.

**Lister :**

- Les dents dont la conservation n'est pas possible (racines résiduelles, dents très mobiles...).
- Les dents pulpées.
- Les caries pouvant être traitées **en conservant les dents pulpées**.
- Les dents devant être dépulpées.
- Les dents dépulpées depuis plus d'un an, canaux parfaitement obturés, sans signe radiologiques ou cliniques.

**La date ne peut être retenue que si c'est un patient du cabinet.**

- Les dents dépulpées, canaux incomplètement obturés, traitées depuis plus d'un an sans signes radiologiques ou cliniques.

**La date ne peut être retenue que si c'est un patient du cabinet.**

- Les dents dépulpées présentant une lésion infectieuse.
- Lésions parodontales :
  - pouvant être traitées **sans faire appel à un geste chirurgical**,
  - nécessitant des interventions complexes : **appréciation des possibilités de maintenance et de contrôle en évaluant l'hygiène et la motivation du patient.**

**Proposer :**

- la suppression des foyers patents,
- le traitement des lésions réversibles et le délai **nécessaire** avant l'arthroplastie **en fonction de** la durée du traitement et du temps d'observation nécessaire.

**Annoncer** les possibilités de récurrence.

Ces propositions s'appuient sur la "fiche pratique" (p 116-119) issue de la synthèse des données bibliographiques proposée par le rapport à l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

**Cette réponse doit être conçue comme une réponse à une demande d'information.**

**Les traitements ne seront entrepris qu'après un échange de courrier avec le chirurgien orthopédiste formalisant son accord.**

**Il est indispensable de conserver tous les courriers ou leur copie dans le dossier du patient. Nos courriers destinés au chirurgien orthopédiste seront remis en main propre au patient qui sera ainsi chargé de les remettre au chirurgien.**

**Attitude à adopter en cas de soins chez un porteur de prothèse ostéo-articulaire :**

- temporisation,
- traitement,

- **antibiothérapie** : se référer à la synthèse des données bibliographiques présentées par le rapport à l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

**Dans le cas de survenue d'une infection au niveau de la prothèse :**

L'examen clinique et le bilan sont similaires à ceux demandés en préopératoire.

*Seule la recherche bactériologique permettra d'établir la présence de germes identiques au niveau des deux foyers infectieux. Cette recherche devra être faite à la demande du chirurgien orthopédiste et ne semble possible qu'en milieu hospitalier.*

**En conclusion, dans l'état actuel de nos connaissances, la réponse à toute demande d'information doit être un constat aussi rigoureux que possible de l'état bucco-dentaire du patient accompagnant une proposition thérapeutique adaptée avec une évaluation de la durée nécessaire à l'exécution.**

## **Complications infectieuses des prothèses articulaires et infection bucco-dentaire**

P<sup>r</sup> Michel Guillain, ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

P<sup>rs</sup> Bernard Tomeno et Jean-Pierre Courpied, chirurgiens orthopédistes

P<sup>r</sup> Yves Commissionat, ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

D<sup>r</sup> Florine Boukhobza, membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire

N. Al-Zriqat, docteur en chirurgie dentaire

(Le rapport fait à l'Académie peut être consulté sur le site : [academiedentaire.org](http://academiedentaire.org))

### **FICHE PRATIQUE**

Trois situations doivent être distinguées.

#### **I – Recherche de foyers infectieux d'origine dentaire avant pose d'une prothèse articulaire**

##### **Principe essentiel**

La pose d'une prothèse articulaire, sauf exception, n'est pas un acte urgent. En l'absence d'urgence, se concerter avec le chirurgien orthopédiste pour obtenir le temps nécessaire à une remise en état de la denture.

##### **Patients sans risques**

Patients qui, en dehors de leur pathologie articulaire, ne présentent aucune pathologie reconnue.

- Maintenir l'hygiène bucco-dentaire en donnant les conseils nécessaires.
- Restauration coronaire sur dent pulpée : non contre-indiquée.
- Traitements endodontiques : les réaliser au moins trois mois avant l'intervention articulaire. Extraire la dent si des complications infectieuses aiguës surviennent. Si apparaît un début de lésion périapicale : résection apicale pour les monoradiculées (cf plus loin), extraction pour les pluriradiculées.
- Dent dépulpée avec obturation canalaire atteignant l'apex effectuée depuis plus d'un an, sans lésion apicale radiologiquement décelable : à conserver.
- Dent dépulpée à canaux non totalement traités sans lésion périradiculaire radiologiquement décelable : reprise du traitement radiculaire. Si des complications surviennent : cf plus haut.

- Extraction des dents irrécupérables.
- Chirurgie périapicale : à réaliser au moins trois mois avant l'intervention articulaire. La dent peut être conservée s'il existe après ce délai une ébauche de recalcification, sinon elle doit être extraite.
- Parodontopathies : apprécier la profondeur des poches, la mobilité dentaire (extraire en cas de mobilité III ou IV), le bilan radiologique. Apprécier les possibilités de maintenance et de contrôle en évaluant l'hygiène et la motivation du patient. Chirurgie parodontale : peu d'indications en raison du pronostic non assuré.
- Amputations radiculaires, transplantation, réimplantation : contre-indiquées.
- Dents incluses à sac péri coronaire ouvert : extraction.
- Traumatismes. Fracture coronaire extracamérale : à traiter. Traitements endodontiques : à pratiquer selon directives exposée plus haut. Fracture radiculaire : extraction.
- Implants : l'apparition d'une péri-implantite est imprévisible, d'où abstention. En revanche quelle doit être l'attitude vis-à-vis d'un implant déjà en place ? Si l'implant posé depuis plus d'un an est parfaitement intégré (aucun signe fonctionnel, sertissure gingivale normale, aucune anomalie radiologique), il peut être conservé. Dépose au moindre symptôme anormal.

### **Patients à risques**

Présentant l'une des affections suivantes :

- Diabète de type I et II.
- Hémophilie.
- Insuffisance rénale, hépatique, en fonction du bilan biologique.
- Dénutrition.
- Immuno-dépression constitutionnelle acquise ou d'origine thérapeutique. SIDA en trithérapie.
- Prise de médicaments au long cours (corticothérapie, chimiothérapie, AINS...).
- Polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux.
- Valvulopathies (elles ont leurs propres indications thérapeutiques).

### **Directives opératoires chez les patients à risques**

Elles sont beaucoup plus strictes.

- Extractions : les indications sont très élargies au détriment de la chirurgie péri-apicale et parodontale.
- Dent dépulpée avec obturation canalaire atteignant l'apex effectuée depuis plus d'un an, sans lésion apicale radiologiquement décelable : à conserver.
- Traitements endodontiques : à réaliser trois mois avant l'intervention articulaire. Ils se dérouleront sous champ opératoire étanche (digue), en une séance, sur des

canaux parfaitement accessibles (principalement monoradiculées), sous couverture antibiotique.

- Canaux non totalement obturés : extraction même en l'absence de lésions péri-apicales.
- Reprise des traitements radiculaires : contre-indiquée.

## **II – Traitements dentaires ou survenue d'une infection bucco-dentaire chez un sujet porteur d'une prothèse articulaire**

1 – **Survenue d'une infection d'origine dentaire** : prescription d'antibiotiques, extraction de la ou des dents causales.

### 2 – **Traitements dentaires**

#### **Patients sans risques**

- Traitements endodontiques sous couverture antibiotique sur des dents à canaux parfaitement accessibles. Extraction au moindre incident.
- Reprise des traitements radiculaires : à éviter.
- Chirurgie périapicale et parodontale : contre-indiquée.

#### **Patients à risques**

Ajouter à la liste :

- Les patients opérés depuis moins de deux ans.
- Les patients ayant des antécédents d'infection articulaire sur prothèse.
- Les traitements endodontiques sont à éviter. Indications très larges des extractions sous couverture antibiotique.

## **III – Problèmes infectieux autour d'une prothèse articulaire. Recherche d'une éventuelle étiologie bucco-dentaire.**

Les études statistiques montrent que l'étiologie dentaire n'est prouvée que dans un faible pourcentage des cas.

C'est pourquoi les dents dépulpées avec obturation radiculaire atteignant l'apex effectuée depuis un an, sans lésion périapicale, pourront être conservées.

Dans tous les autres cas l'extraction s'impose. La couverture antibiotique sera prescrite en accord avec le chirurgien orthopédiste.

Il faudra profiter de ces extractions pour effectuer une étude bactériologique des dents extraites. La technique du prélèvement par immersion de l'apex devrait être appliquée (Lepoivre, Commissionat, Chikhani et coll.). Il faudra tenter de confirmer une identité entre les germes recueillis au niveau de la prothèse articulaire et les germes recueillis au niveau des apex dentaires.

**ANTIBIOTHÉRAPIE – SCHÉMA DE PRESCRIPTION****Recommandations selon les conférences de consensus de 1992 et 2002  
sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse**

Pas d'allergie aux $\beta$ lactamines	Amoxicilline	3g <i>per os</i> Prise unique dans l'heure précédant le geste
Allergie aux $\beta$ lactamines	Pristinamycine ou Clindamycine	1 g <i>per os</i> 600 mg <i>per os</i> Prise unique dans l'heure précédant le geste

**Antisepsie locale préopératoire sous la forme de bain de bouche à la chlorexidine.**

**Lors de certains gestes invasifs en milieu infecté, il sera nécessaire de prolonger l'antibiothérapie.**

En plus de 3 g d'amoxicilline une heure avant le geste opératoire, on complétera par 1 g toutes les 8 heures, soit 3 g par jour, sur plusieurs jours jusqu'à la guérison de la plaie opératoire :

- élimination de toute zone nécrotique suspecte,
- disparition de toute fétidité,
- disparition d'un œdème périmaxillaire.

**Le contrôle de la température devra indiquer un retour à la normale, sinon l'orthopédiste sera consulté.**