

**Faculté de médecine ANNABA
Département de médecine dentaire
Service de Parodontologie**

Stratégie de prescription des Antibiotiques en Parodontologie

TD 5^{ème} Année

Dr LAGROUM Sandra

lagroumsandra1@yahoo.fr

Les antibiotiques ne peuvent ni pallier le manque d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes aux soins. Les antibiotiques peuvent être utilisés de deux manières distinctes:

- face à une infection : traitement curatif, **antibiothérapie**;
- pour prévenir une infection : traitement préventif, **antibioprophylaxie**.

L'antibioprophylaxie

L'antibiothérapie prophylactique consiste en l'administration d'un antibiotique en prise unique une heure avant le geste opératoire. Cela permet d'obtenir une concentration minimale inhibitrice de l'antibiotique compatible avec une bactériémie lors du geste sanglant. La demi-vie d'élimination correspond au temps moyen d'efficacité de l'antibioprophylaxie.

L'antibioprophylaxie prévient le risque d'infection locale, à distance, ou bien générale, consécutivement à la réalisation d'un geste invasif. En parodontologie, la prescription d'une antibiothérapie prophylactique n'est pas recommandée pour la population générale pour les chirurgies et les soins parodontaux, même ceux ayant une implication osseuse (lambeau, élongation coronaire) . Les patients considérés comme à risque d'endocardite infectieuse sont éligibles uniquement aux thérapeutiques initiales sous antibioprophylaxie (détartrage, sondage, surfaçage), les gestes plus invasifs sont contre indiqués. Les patients immunodéprimés, quant à eux, sont susceptibles de recevoir l'ensemble des thérapeutiques parodontales sous une antibioprophylaxie. Les molécules de choix restent l'amoxicilline ou la clindamycine en cas d'allergie aux pénicillines.

Tableau 1 - Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique en parodontologie (ANSM)

	Population générale	Patient immunodéprimé	Patient à haut risque d'endocardite infectieuse
Actes et soins parodontaux			
Détartrage et surfaçage radiculaire	-	R	R
Sondage parodontal	-	R	R
Chirurgie parodontale			
Allongement de la couronne clinique	-	R	CI
Chirurgie de la poche			
Lambeau d'accès	-	R	CI
Comblement et greffes osseuses	-	R	CI
Membrane de régénération parodontale	-	R	CI
Protéines dérivées de la matrice de l'émail	-	R	CI
Chirurgie plastique parodontale			
Lambeau déplacé	-	R	CI
Greffe gingivale	-	R	CI
Freinectomie	-	R	R

-: prescription non recommandée. R: prescription recommandée. CI: geste contre-indiqué.

Tableau 2 - Schémas d'administration préconisés pour l'antibiothérapie prophylactique (ANSM)

		Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
Situation	Antibiotique	Adulte Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Enfant Posologies quotidiennes établies pour un seul enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g - v.o. ou i.v.	50 mg/kg - v.o. ou i.v.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg - v.o. ou i.v.	20 mg/kg - v.o. ou i.v.

v.o. ou i.v. : voie orale ou voie intraveineuse.

Tableau 13 Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique pour les actes chirurgicaux en implantologie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Chirurgie préimplantaire :			
Élévation du plancher sinusien avec ou sans matériau de comblement	R	R*	acte contre-indiqué
Greffe osseuse en onlay	R _C	R*	acte contre-indiqué
Membrane de régénération osseuse ou matériau de comblement	R	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie implantaire :			
Pose de l'implant	-	R*	acte contre-indiqué
Dégagement de l'implant	-	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie des péri-implantites :			
Lambeau d'accès, comblement, greffe osseuse, membrane	-	R*	acte contre-indiqué

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.

L'antibiothérapie curative

L'antibiothérapie curative est utilisée face à une infection. La prescription doit être adaptée au terrain du patient (fonction rénale et hépatique) et doit être préconisée sur une période suffisamment longue avec une concentration tissulaire de l'antibiotique optimale. Cependant, toutes les infections bactériennes parodontales ne sont pas systématiquement traitées par une antibiothérapie pour la population générale. En effet, le cas des parodontites est singulier. La parodontite est une pathologie inflammatoire d'origine infectieuse et multifactorielle touchant l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Les atteintes du parodonte sont dues à une rupture de l'équilibre entre le biofilm et une réponse immuno-inflammatoire de l'hôte. Ce biofilm renferme une importante quantité de bactéries plus ou moins quiescentes, organisées dans un agrégat de polymères. Seules quelques bactéries seraient susceptibles de provoquer cette rupture d'équilibre et de faire entrer le patient en parodontite. Nous retrouvons alors les bactéries du complexe rouge décrit par Socransky. Cette organisation en biofilm confère aux bactéries une résistance bien supérieure aux antibiotiques par rapport à leur forme planctonique. De plus, les résistances aux molécules de certaines bactéries sont diffusées dans le biofilm et profitent au plus grand nombre. Le traitement de la parodontite vient essentiellement de la désorganisation de ce biofilm par le débridement mécanique.

Seules certaines formes de parodontites nécessitent la prescription d'antibiotiques. Nous retrouvons les parodontites agressives (localisées et généralisées), les parodontites réfractaires (persistance d'une inflammation malgré le débridement mécanique) selon la classification de Armitage en 1999 (aucune mise à jour actuelle adaptée à la nouvelle classification) . Les bactéries rencontrées sont essentiellement des bactéries anaérobies Gram négatif. La prescription recommandée comprend la combinaison de deux molécules : l'amoxicilline et le métronidazole . Ces molécules ne devront être administrées qu'après débridement complet des biofilms sous-gingivaux. Un prélèvement bactérien peut se révéler utile, notamment afin de prendre connaissance des espèces bactériennes en présence et de choisir l'antibiotique le plus efficace. Toutes les situations d'urgence en parodontologie ne nécessitent pas l'administration d'antibiotiques. Par exemple, le traitement de choix de l'abcès parodontal reste son débridement par voie gingivale dans le but de drainer la collection purulente. L'adjonction d'un antiseptique en phase pré-, per- et postopératoire sera tout de même à conseiller. À l'opposé, les maladies parodontales nécrosantes nécessitent l'administration systémique de métronidazole.

Tableau 3 - Recommandations de prescription d'une antibiothérapie curative en parodontologie (ANSM)

Pathologies d'origine infectieuse	Population générale	Patient immunodéprimé	Patient à haut risque d'endocardite infectieuse
Gingivite induite par la plaque dentaire			
Parodontites (débridement mécanique)			
Chronique	-	-	-
Agressive localisée	R	R	R
Agressive généralisée	R	R	R
« Réfractaire au traitement »	R	R	R
Maladies parodontales nécrosantes	R	R	R
Parodontites (traitement chirurgical)	-	-	SO
Abcès parodontal	-	R	R
Lésion combinée endo-parodontale	-	-	SO
Infection locale relative aux protocoles de régénération parodontale	-	R	SO
Pathologies péri-implantaires			
Mucosite péri-implantaire	-	-	-
Péri-implantite	-	R	R

- : prescription non recommandée. R: prescription recommandée. SO: sans objet car l'acte local adapté est contre-indiqué.

Tableau 4 - Schémas d'administration préconisés chez l'adulte (posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale) d'après l'ANSM

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
I. Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 2 g/j en deux prises • Clarithromycine: 1 000 mg/j en deux prises • Spiramycine : 9 MUI/j en trois prises • Clindamycine: 1 200 mg/j en deux prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 80 mg/kg/j en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) • Amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/j en deux prises et métronidazole : 30 mg/kg/j en deux ou trois prises • Métronidazole : 30 mg/kg/j en deux ou trois prises et azithromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/j en une prise Ou clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/j en deux prises Ou spiramycine : 300 000 UI/kg/j en trois prises
II. Maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole : 1 500 mg/j en deux ou trois prises 	
III. Parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline : 200 mg/j en une prise 	
IV. Parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1,5 g/j en trois prises ou 2 g/j en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/j en deux ou trois prises. En cas d'allergie aux pénicillines : • Métronidazole : 1 500 mg/j en trois prises 	

Durée des traitements : 5 à 7 jours au minimum.

Tab. 5 Protocole de prise en charge de la parodontite chronique ou agressive

1. Prétraitement

Examen clinique	<ul style="list-style-type: none">– Indice de plaque complet (<i>Full mouth plaque score</i>): dépôts de plaque oui/non sur 4 surfaces par dent– Profondeur de sondage (PS), récessions, saignement au sondage (6 sites par dent), atteinte de furcation, suppuration, test de vitalité
Imagerie	<ul style="list-style-type: none">– Radiographie de chaque dent avec signes cliniques pathologiques ou status douteux (p. ex. test de vitalité négatif)
Présentation du cas et motivation	<ul style="list-style-type: none">– Explication du diagnostic et du traitement prévu– Motivation pour l'hygiène bucco-dentaire– Accord écrit du patient
Débridement supragingival	<ul style="list-style-type: none">– Nettoyage dentaire supragingival (ultrasons et/ou instruments manuels)– Suppression des éléments (niches) de rétention de plaque et des obstacles à l'hygiène bucco-dentaire– Extraction des dents qui ne peuvent bénéficier d'un traitement conservateur
Instructions d'hygiène bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none">– Instructions et mise en pratique de méthodes adéquates d'hygiène bucco-dentaire (brosse à dents, méthodes de nettoyage des espaces interdentaires, autres méthodes auxiliaires)
Contrôles de l'hygiène bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none">– Mesure de l'indice de plaque 10 jours après l'instruction– Lorsque l'indice de plaque est supérieur à 20%, nouvelle motivation, instruction supplémentaire et exercices d'hygiène buccodentaire– Répétition de cette étape jusqu'à obtention d'un indice de plaque <20%

2. Débridement sous-gingival (dès la fin du prétraitement)

Surfaçage radiculaire	<ul style="list-style-type: none">– Surfaçage radiculaire minutieux jusqu'au fond des poches, par ultrasons et curettes manuelles (réalisé en une ou plusieurs séances, dans un délai de 48 heures)
Contrôle chimique de la plaque	<ul style="list-style-type: none">– Rinçage buccal avec une solution de chlorhexidine à 0,2% pendant 10 jours

3. Antibiothérapie systémique (immédiatement après surfaçage radiculaire)

Pour les patients qui remplissent les conditions suivantes:

1. Présence d'au moins 4 dents avec profondeur de sondage > 4 mm, perte clinique d'attache de 2 mm et signes radiologiques de perte osseuse
2. Pas d'intolérance aux dérivés des 5-nitro-imidazoles ou aux pénicillines
3. Le patient est disposé à suivre strictement les modalités du traitement et à renoncer à la consommation d'alcool pendant le traitement

Protocole standard (A+M) – 500 mg de métronidazole et 375 mg d'amoxicilline, 3×/jour pendant 7 jours (correspondant 20 mg/kgPC de métronidazole et à 15 mg/kgPC d'amoxicilline par jour pour une personne de 75 kg)

Protocoles alternatifs – Monothérapie par azithromycine, 500 mg 1×/jour, pendant 3 jours
– Monothérapie par métronidazole pendant 10 jours (pour combattre les germes anaérobies)
– Métronidazole plus céfuroxime axétil ou ciprofloxacine (selon la sensibilité du patient)
L'équivalence de ces protocoles alternatifs n'est pas démontrée.

4. Traitements ultérieurs (après 1 et 3 mois)

Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire – Mesure de l'indice de plaque
– Si le PS est >20%, nouvelle motivation, instruction réitérée et exercices d'hygiène bucco-dentaire

Débridement – Nettoyage supragingival, si nécessaire

5. Réévaluation et autres traitements (après 3 à 6 mois)

Examen clinique – Indice de plaque, profondeurs de sondage, récessions et saignements au sondage, suppuration, atteinte de furcation

Autres traitements – Planification et réalisation de traitements supplémentaires (lambeau d'accès, traitement des atteintes de furcation, régénération tissulaire et augmentation, implants)

NB : Le traitement ATB est systématique dans la parodontite agressive contrairement à la parodontite chronique où l'ATB est prescrit en cas de persistance de poches actives comme la suppuration .