

Editorial

Le réseau ANTIBIOLOR est heureux de vous faire parvenir ce nouveau numéro d'Antibiolor-Infos.

Je profite de cette nouvelle publication pour vous présenter notre nouveau praticien coordonnateur, le Docteur François GOEHRINGER, infectiologue dans le service de Maladies Infectieuses du CHRU de Nancy. Qu'il soit d'ores et déjà remercié pour son investissement dans la coordination de cette nouvelle lettre ...

LE MOT DU PRÉSIDENT

Vous trouverez dans ce numéro un «dossier thématique» sur la prise en charge des infections en odontologie et de leurs complications loco-régionales ou systémiques. C'est un sujet que nous n'avions encore jamais abordé bien qu'il s'agisse de situations très pourvoyeuses de prescriptions souvent injustifiées ou inadéquates d'antibiothérapie. Le docteur Julie GUILLET, chirurgien-dentiste qui vient de rejoindre le bureau d'Antibiolor, est à

l'origine de cette initiative.

Dans ce numéro, nous avons aussi fait figurer quelques points d'actualité sur la lutte contre l'antibiorésistance et les organisations mises en place dans ce but en France, et aussi à l'étranger.

Vous souhaitant une bonne lecture et restant à l'écoute de vos remarques.

Pr Christian RABAUD
Président d'Antibiolor

AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro de conseil téléphonique destiné aux professionnels de santé libéraux de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 hors jours fériés.

Un seul numéro d'appel

03 83 76 44 89

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin infectiologue, bénévole pour cette fonction.

ANTIBIOTIQUES ET PRATIQUE ODONTOLOGIQUE

Dr Julie Guillet, Chirurgien-Dentiste, MCU-PH, Service d'odontologie du CHRU de Nancy.

La prescription d'antibiotiques en odontologie est encore un acte très courant, tant en curatif qu'en préventif. Pourtant, les recommandations concernant ces prescriptions ont largement revues à la baisse son indication. Il est donc temps d'adapter nos pratiques !

Un grand principe, édité par l'AFSSAPS en 2011, doit être appliqué au quotidien : « l'utilisation d'antibiotique ne peut ni pallier l'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes à toutes pratiques de soins ».

Dans la majeure partie des cas, le traitement des foyers infectieux bucco-dentaires n'est pas médicamenteux et le traitement étiologique prime.

Il convient de distinguer l'antibioprophylaxie de l'antibiothérapie curative :

L'antibioprophylaxie a pour objectif de limiter un risque d'infection locale et son extension éventuelle. Dans la population générale, elle est réservée à des situations bien particulières :

- avulsion des dents incluses
- chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées
- greffe osseuse / régénération osseuse avec matériau de comblement et membrane.

Les patients immunodéprimés doivent bénéficier d'une antibioprophylaxie pour tout acte invasif susceptible d'induire une bactériémie (chirurgie, endodontie, parodontologie).

Pour les patients à risque d'endocardite infectieuse, elle est systématique pour les actes

invasifs autorisés, une partie des actes bucco-dentaires étant toujours contre-indiquée.

Quelle que soit la catégorie de patients, l'antibioprophylaxie doit être administrée en dose unique dans l'heure précédant le geste.

La molécule de choix est l'amoxicilline, à une dose de 2 g. En cas d'allergie aux pénicillines, une dose de 600 mg de clindamycine sera prescrite.

L'antibiothérapie curative est indiquée lorsqu'une infection est clairement identifiée. Elle ne se substitue jamais au traitement étiologique local, mais elle est toujours indiquée lorsque l'infection s'accompagne de signes généraux tels qu'une fièvre, un trismus, la présence d'adénopathies ou encore l'existence d'un oedème persistant ou progressif. La molécule de choix en première intention est l'amoxicilline, qui devra être administrée à la posologie de 2 g/jour en 2 prises pendant 7 jours. En cas d'allergie à l'amoxicilline, l'azithromycine (500 mg/jour en 1 prise pendant 3 jours) ou la clindamycine (1200 mg/jour en 2 prises pendant 7 jours) peuvent être prescrites. L'association de deux molécules est réservée à l'antibiothérapie de seconde intention, en l'absence d'évolution favorable après 48-72 h de traitement.

Le seul fait d'effectuer un dégageement osseux (alvéolectomie, élongation coronaire,...) ou la pose d'un implant intra-osseux ne justifient pas la mise en place d'une antibioprophylaxie ni d'une antibiothérapie de couverture.

PLACE ACTUELLE DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE DANS LA PRÉVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE LORS DES GESTES DENTAIRES

Dr François Goehringer, PH infectiologue, membre de l'Endocarditis Team du CHU de Nancy.

En ce début de XXIème siècle, l'endocardite infectieuse reste une pathologie grave grevée d'une mortalité dépassant 20% des patients. La proportion de cas secondaires à un micro-organisme de la sphère bucco-dentaire (principalement les streptocoques viridans) diminue, mais représente encore environ 25% des malades. Si l'endocardite d'origine dentaire est précédée d'un acte dentaire invasif dans seulement 15% des cas, un défaut d'hygiène bucco-dentaire est par contre retrouvé chez près de 60% des patients. De plus, des épisodes de bactériémie transitoire s'observent non seulement dans 80% des avulsions dentaires, mais aussi suite à un simple brossage de dents dans 30% des cas.

Malgré tout, le risque d'endocardite dans notre population générale suite à un geste dentaire est finalement minime, chiffré à 1 cas pour 14 millions de procédures !

Il faut retenir de ce constat que nombre d'endocardites dentaires n'ont rien à voir avec une procédure odontologique, qu'une hygiène bucco-dentaire optimale est par contre essentielle, et que seul un petit groupe de patient à très haut risque d'endocardite de par une maladie valvulaire cardiaque majeure sous-jacente est efficacement protégée par une antibioprophylaxie.

Les recommandations 2015 de la Société Européenne de Cardiologie concernant la prévention de l'endocardite infectieuse limitent donc l'indication de l'antibioprophylaxie aux gestes dentaires entraînant une manipulation de la gencive, ou de la région péri-apicale de la dent ou une perforation de la muqueuse buccale, chez les patients cardiaques valvulaires les plus à risques, c'est à dire ceux porteurs d'une prothèse valvulaire cardiaque quelle qu'elle soit, les patients ayant déjà eu un antécédent d'endocardite, et les personnes présentant une malformation cardiaque cyanogène non ou partiellement réparée. Les indications sont donc extrêmement restreintes.

Le schéma thérapeutique consiste en une prise orale unique une heure avant le geste de 2 g d'amoxicilline (50mg/kg chez l'enfant), ou en cas d'allergie à la pénicilline, de 600 mg de clindamycine (20mg/kg chez l'enfant).

Enfin, certains gestes dentaires à très haut risque infectieux restent contre-indiqués chez ces patients (cf. tableau).

Gestion des patients à risque d'endocardite infectieuse

Patients à risque d'endocardite infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> - Porteurs de prothèse valvulaire - Antécédent d'endocardite infectieuse - Cardiopathie congénitale cyanogène non ou partiellement réparée
Gestes contre-indiqués	<ul style="list-style-type: none"> - Anesthésie intra-ligamentaire - Traitement endodontique des dents non vitales, y compris la reprise de traitement canalaire - Traitement endodontique des dents vitales en plusieurs séances ou sans champ opératoire (digue) - Amputation radiculaire, chirurgie parodontale, chirurgie péri-apicale - Chirurgie pré-implantaire, implantaire, mise en place de matériaux de comblement - Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées - Transplantation, réimplantation
Modalités de l'antibioprophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les actes occasionnant une bactériémie (chirurgie, endodontie, soins de prothèse sanglants, détartrage) - Amoxicilline 2 g en une prise unique dans l'heure précédant le geste - Clindamycine 600 mg pour les patients allergiques aux pénicillines - Chez l'enfant : Amoxicilline 50 mg/kg ou Clindamycine 20 mg/kg chez les patients allergiques aux pénicillines

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiothérapie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagnée de votre règlement.

Bulletin d'adhésion 2016

A glisser dans une enveloppe accompagnée de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiothérapie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2015

Montant : (cochez la case correspondante)

- 600 € pour les CHU/CHR
- 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques
- 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée
- 300 € pour les Associations professionnelles
- 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

ANTIBIOLOR

Mlle Christine Barthélemy
Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses
Bâtiment des Spécialités Médicales Philippe CANTON
Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY

LA SINUSITE D'ORIGINE DENTAIRE

Pr Jean-Marc Boivin, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

La sinusite maxillaire d'origine dentaire est une réaction inflammatoire de la muqueuse du sinus maxillaire consécutive à une infection d'origine dentaire.

Une sinusite maxillaire unilatérale récidivante doit faire évoquer une origine dentaire.

L'origine de cette sinusite peut être un défaut d'obturation canalair sur une dent dévitalisée, une nécrose, ou bien une parodontite. La nécrose ou le défaut d'obturation canalair peuvent aboutir à un granulome apical entraînant les complications locales (pyorrhée alvéolodentaire, abcès sous-périosté, ostéite, stomatite érythémato-ulcéreuse, fistules faciales) et/ou régionales (sinusite, cellulite). Des complications à distance, plus rares, sont aussi possibles (endocardite bactérienne, abcès cérébral...etc). Les dents causales sont les molaires et prémolaires maxillaires.

Les signes cliniques d'une sinusite d'origine dentaire sont les mêmes que ceux d'une sinusite maxillaire : rhinorrhée unilatérale purulente et fétide (germes anaérobies), algie dento-maxillaire et obstruction nasale.

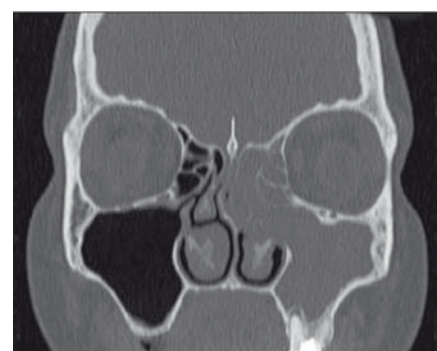
L'imagerie permet d'établir le diagnostic (le scanner sinusien ou le cone beam sont préférés à la radiographie standard) ; l'orthopantomogramme complète le bilan à la recherche de foyers dentaires.

Le traitement de ces sinusites est toujours médico-chirurgical. Un traitement antibiotique à large spectre n'est pas indiqué en première intention.

Le traitement antibiotique de première intention est l'amoxicilline (2-3g par jour pendant 7 à 10 jours). En cas d'échec, **amoxicilline-acide clavulanique (2-3g par jour pendant 7 à 10 jours)**. En cas d'allergie une C2G peut être utilisée pendant 5 jours. Enfin, en cas d'allergie aux bêta-lactamines, pristinamycine (5j) ou cotrimoxazole (8-10j).

Le traitement dentaire consiste le plus souvent en l'avulsion de la dent incriminée.

En cas de communication bucco-sinusienne, celle-ci doit être obstruée une fois le traitement. Une intervention chirurgicale différée par voie d'abord endoscopique et méatotomie est parfois nécessaire à distance de l'infection, pour rétablir les fonctions de drainage et de ventilation de la cavité sinusienne.



« LES ANTI INFLAMMATOIRES, C'EST PAS OBLIGATOIRE¹ »

Dr J. Birgé : médecin généraliste, vice-président d'Antibiolor et directeur de la thèse de M. Legay consacrée aux co prescriptions antibiotiques/anti-inflammatoires

Après : « Les antibiotiques, c'est pas automatique », largement argumenté dans ce numéro d'Antibiolor-info, penchons-nous sur les prescriptions d'AINS (ibuprofène inclus) en pathologie buccodentaire.

Ils sont largement prescrits, en routine, alors que leur évaluation dans ce domaine est limitée. Nous n'avons trouvé qu'une seule recommandation spécifique, elle date de 2008 et concerne avant tout la chirurgie buccale²

Ils ont un effet antalgique indiscutable d'où leur intérêt mais ils présentent également un certain nombre d'effets indésirables dont certains sévères.

Ils sont contre indiqués dans de nombreuses situations : grossesse (surtout au cours du 3ème trimestre) ou allaitement, personnes âgées > 65 ans), sujets présentant une pathologie ulcéreuse même guérie ou inflammatoire gastro-intestinale, sujets insuffisants rénaux (clairance de la créatinine < 60 mL/min), patients ayant un traitement anticoagulant, un traitement antiagrégant plaquettaire, un trouble de l'hémostase...

Et surtout, ils ne font pas bon ménage avec l'infection qu'ils sont susceptibles de faire flamber. Or la co-prescription, problématique, antibiotique/anti-inflammatoire est fréquente : environ 50% en médecine générale (thèse en cours) et exceptionnellement justifiée. Il en est certainement de même chez en chirurgie dentaire.

Si le rôle exact des AINS reste difficile à évaluer et les complications rares, elles peuvent être en revanche dramatiques, à type de cellulite rapidement évolutive nécessitant une hospitalisation, une prise en charge chirurgicale et des soins de réanimation, et remettent en question la légitimité de la prescription des AINS dans ce cadre.

La douleur dentaire peut être prise en charge par les antalgiques (notamment paracétamol +/- codéine, paracétamol +/- tramadol) : méfions-nous des AINS dont le rapport bénéfices/risques est clairement défavorable au moindre doute d'infection.

Avant de prescrire, vérifions l'absence de contre-indication et reposons-nous la question : **est-ce bien obligatoire ?**

¹ Slogan emprunté au Pr P. Gillet, pharmacologue CHU Nancy.

² Société Francophone de médecine buccale et chirurgie buccale, Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte, Volume 14, n°3, 2008.

LA LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE S'ORGANISE EN RÉGION

Pr Christian Rabaud, service des maladies infectieuses, CHRU Nancy.

En 2015, les autorités sanitaires de notre pays ont réaffirmé de façon forte et répétée, que le bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance restaient une priorité nationale *.

Le constat a été fait que notre plan national d'alerte sur les antibiotiques (2011-2016) a peine à se mettre en œuvre et n'a pas atteint les objectifs qu'il s'était fixé. Pour avancer, c'est au niveau régional que les choses doivent être gérées, au plus près des prescripteurs des établissements de soins, des établissements médico-sociaux et de la ville. Les personnes ressources, les personnes clés du dispositif, sont en particulier les référents antibiotiques dont le nombre et les moyens doivent être renforcés pour leur permettre d'assumer leur fonction dans les établissements, mais aussi au delà, dans leur bassin de santé. Son action encore trop souvent centrée exclusivement sur son seul établissement doit s'ouvrir très largement sur l'extérieur, afin d'accompagner le bon usage en ville. Les médecins coordonnateurs dans les EHPAD représentent aussi une ressource majeure à mobiliser sur cette problématique. Pour rendre le système efficient, il convient d'identifier toutes ces personnes ressources, de les fédérer et de coordonner leurs actions en favorisant un travail en réseau. Et en mettant à leur disposition les outils utiles à la promotion du bon usage des antibiotiques ainsi que ceux nécessaires à assurer le pilotage et l'évaluation de leurs actions. C'est là la première priorité que s'est fixée notre réseau ANTIBIOLOR

Cette mise en œuvre régionale doit s'envisager dans un environnement en pleine mutation. En effet, en lien avec la nouvelle loi de santé publique, une nouvelle organisation des « vigilances » en région va se mettre en place. Ainsi, dans chacune des nouvelles régions, va être constitué un Réseau Régional de Vigilance et d'Appui (RREVA) sous l'autorité du directeur Général de l'ARS. Ces RREVA vont rassembler les Structures Régionale de Surveillance et d'Appui (SRVA) de la région – il s'agit en particulier de la pharmacovigilance, de la matériovigilance, de l'hémovigilance ... et, plus proche de la problématique de l'antibiorésistance, des OMEDITS, des CClins, des ARLINS, et, quand ils existent, des Centres de Conseil en Antibiothérapie (CCA) comme ANTIBIOLOR.

Cette nouvelle structuration de la lutte contre l'antibiorésistance a vocation à être placée sous la coordination de la personne qui aura été nommée « chargée de mission ARS sur l'antibiorésistance », au sens de l'instruction du 19 juin 2015 (en pratique, un médecin ou un pharmacien de l'ARS). Nous sommes convaincus que cette coordination ne sera réellement efficace que si elle associe un expert clinicien, médecin infectiologue. Et c'est là encore ce que propose aujourd'hui notre réseau ANTIBIOLOR

* Instruction N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) 2015 dont l'axe 2 vise à « renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins » ; Instruction N° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé

RAPPORT BRITANNIQUE SUR LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Pr Céline Pulcini (infectiologue, CHRU de Nancy)

Un groupe de travail britannique, coordonné par l'économiste Jim O'Neill, a rédigé, à la demande du 1^{er} ministre, un rapport synthétisant la stratégie de lutte contre l'antibiorésistance. Ce document est disponible depuis mai 2016 sur Internet : <http://amr-review.org/Publications>. Le choix de la coordination par un macroéconomiste est original, et découle du fait que la plupart des problèmes (et solutions) sont économiques, et que les politiques ont besoin d'une telle analyse pour prendre leurs décisions.

Ce rapport d'une centaine de pages fait suite à un gros travail mené par une équipe multidisciplinaire, 19 mois de consultation publique, et 8 rapports et synthèses intermédiaires sur différents sujets.

En l'absence d'action pour réduire la résistance, les économistes ont estimé que 10 millions de personnes pourraient mourir sur Terre d'infections dues à des agents infectieux multi-résistants (bactéries, VIH, paludisme) en 2050 ; ils estiment que 700 000 personnes meurent actuellement tous les ans de ces infections. Ils soulignent que les antibiotiques et anti-infectieux sont une classe à part de médicaments, qui nous permettent de soigner les patients avec tout l'attirail de la médecine moderne que nous connaissons. Si les antibiotiques ne sont plus efficaces, les chirurgies à haut risque d'infection, les traitements immunosuppresseurs, les prises en charge lourdes en réanimation... ne seront plus possibles, car trop dangereux. Les économistes britanniques ont estimé qu'il faudrait investir 3 à 4 milliards de dollars tous les ans dans le monde pour mener des actions internationales efficaces pour lutter contre la résistance, ce qui est infime par rapport au coût de l'inaction, et aux dépenses de santé actuelles des pays du G20.

Le rapport identifie 4 actions prioritaires, parmi 10 actions-clé, et prône une démarche One Health (médecine humaine et vétérinaire, environnement) collaborative internationale :

- campagne d'information ciblant les jeunes ;
- nouveaux modèles économiques pour relancer la recherche de nouveaux antibiotiques, à condition qu'ils ne soient pas surprescrits ;
- prescriptions antibiotiques obligatoirement basées sur les données épidémiologiques de résistance et des tests (rapides) diagnostiques quand c'est possible ;
- réduire l'utilisation des antibiotiques en agriculture et chez les animaux.



Adhérez à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Envoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

LA LETTRE DU RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE

ANTIBIOLOR

infos

Directeur de la publication : Christian RABAUD
Conception graphique et maquette : Daniel Fernandes
Impression : Lorraine graphic
Ce numéro a été tiré à 5 700 exemplaires
ISSN : 1955-0820

Je soussigné(e)
M - Mme
(rayer la mention inutile)

Le cas échéant
représentant :

Je règle ma
cotisation :

NOM..... Prénom.....
Fonction..... Spécialité.....
Adresse prof.....
N° de téléphone E-mail.....

NOM de l'Etablissement ou de l'Association.....
ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association.....

par Chèque bancaire par Chèque postal Virement bancaire

RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28

Banque Ville ou centre.....
N° du chèque Libellé au nom de « Association AntibioLor »

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature
oui non

Notre nouveau référentiel d'aide à la prescription d'antibiotique **Antibioguide 2016** est disponible gratuitement en application smartphone sur les plateformes Apple Store et Google Play

La procédure de téléchargement est consultable sur notre site:
<http://www.antibiolor.org/>

Flashcode AntibioLor
Android

Flashcode AntibioLor
Apple Store

DISPONIBLE SUR
Google play

DISPONIBLE SUR
App Store