

Texte court\*

## Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

### Révision de la conférence de consensus de mars 1992

### Recommandations 2002

sous l'égide de la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf) avec la collaboration de la Société française de cardiologie (SFC) et la participation de :

- l'Association dentaire française,
- l'Association pour l'étude et la prévention de l'endocardite infectieuse,
- l'Association des épidémiologistes de langue française,
- l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique,
- la Fédération française de cardiologie,
- la Société de chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
- la Société française de microbiologie,
- la Société française de parodontologie et d'implantologie orale,
- la Société de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique de la face,
- l'Association française d'urologie,
- la Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale,
- la Société nationale française de gastro-entérologie,
- la Société nationale française de médecine interne,
- l'Unafarmec ;

et avec le concours de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et pour leur participation au groupe de lecture :

- le Collège national des généralistes enseignants,
- la Société de formation thérapeutique du généraliste,
- la Société française de médecine générale.

#### INTRODUCTION

L'endocardite infectieuse (EI) est une maladie rare mais grave dont l'incidence semble stable au cours des dernières décennies. Les streptocoques en sont les agents infectieux les plus souvent responsables. L'incidence de l'endocardite

infectieuse est estimée à partir d'enquêtes transversales épidémiologiques ; elle se situerait en France aux environs de 25 à 30 cas par million d'habitants et par an (environ 1500 cas annuels). Le profil des patients atteints d'endocardite infectieuse évolue : proportion croissante de sujets âgés, diminution des endocardites à streptocoques oraux. Actuellement, la chirurgie valvulaire est réalisée dans environ un cas sur deux pour traiter l'endocardite. La mortalité de l'endocardite reste malgré cela élevée, entre 15 % et 25 %.

Depuis 1992, date à laquelle s'est tenue la conférence française de consensus sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, de nouvelles données ont été publiées, nécessi-

---

\* Ce texte, propriété de la Spilf est protégé par un copyright. Les droits de reproduction et de diffusion sont accordés par la Spilf, sur demande, sous réserve que le texte soit reproduit dans son intégralité, sans ajout ni suppression, et qu'il soit clairement fait mention de la Spilf et des références de la publication princeps dans *Médecine et maladies infectieuses*.

Tableau 1

Cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse

Groupe A : Cardiopathies à haut risque	Groupe B : Cardiopathies à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses)</li> <li>• Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique)</li> <li>• Antécédents d'endocardite infectieuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valvulopathies : IA, IM, RA*</li> <li>• PVM* avec IM et/ou épaissement valvulaire</li> <li>• Bicuspidie aortique</li> <li>• Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA*</li> <li>• Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)</li> </ul>

\* IA : insuffisance aortique ; IM : insuffisance mitrale ; RA : rétrécissement aortique ; PVM : prolapsus de la valve mitrale ; CIA : communication interauriculaire (cardiopathie non à risque).

tant une mise à jour de ses conclusions. Ces nouvelles données font apparaître les points suivants :

- l'endocardite reste une maladie grave ;
- les bactériémies à risque d'induire une endocardite infectieuse sont probablement plus le fait d'un passage quotidien des bactéries de la cavité buccale dans le sang que de gestes buccodentaires occasionnels ;
- il n'existe pas de preuve scientifique de l'efficacité ou de l'inefficacité de l'antibioprofylaxie ;
- en France, l'antibioprofylaxie n'est actuellement pratiquée, avant des gestes buccodentaires chez des valvulaires à risque, que dans moins d'un cas sur deux ;
- l'utilisation large de l'antibioprofylaxie, à supposer que celle-ci soit totalement efficace, n'éviterait qu'un nombre très faible d'endocardites en France ;
- on constate en France une augmentation préoccupante du nombre de bactéries de moindre sensibilité aux antibiotiques.

En conséquence, le groupe de travail suggère :

- de maintenir le principe de l'antibioprofylaxie lors de la réalisation de gestes à risque chez des patients ayant une cardiopathie à risque, mais
- d'en réduire les indications aux situations où le rapport bénéfice individuel/risque individuel et collectif est le plus élevé.

Les recommandations du groupe de travail ne se substituent pas à l'appréciation, par le praticien, du risque individuel d'un sujet donné.

### Recommandation 1 : définition des groupes à risque

Deux groupes de patients doivent être distingués : groupe A, dit « à haut risque », où l'incidence et la morbidité de l'endocardite infectieuse sont élevées et groupe B, où le risque est moins élevé (incidence et gravité moindres) (Tableau 1).

En dehors des groupes A et B, il y a des situations cardiaques où il n'existe pas de risque majoré de survenue d'endocardite infectieuse par rapport à la population générale. Il faut citer, entre autres les situations suivantes : communication inter-auriculaire, *pacemakers* (le risque d'endocardite est essentiellement lié à la pose du stimulateur qui nécessite le recours à une antibioprofylaxie),

angioplastie coronaire avec ou sans mise en place d'endoprothèse, cardiomyopathie dilatée sans insuffisance mitrale significative, rétrécissement mitral pur, régurgitation valvulaire minime uniquement détectée en échographie doppler.

### Recommandation 2 : importance des mesures d'hygiène

Les mesures générales d'hygiène sont prioritaires. Elles visent à réduire le risque de survenue de bactériémies, quelle qu'en soit l'origine, en particulier pour les bactériémies impliquant des bactéries à tropisme cardiaque. Elles comportent la prévention et la lutte contre tous les foyers infectieux de l'organisme : hygiène buccodentaire et cutanée rigoureuse et continue pour éviter toute rupture des barrières cutanéomuqueuses, désinfection des plaies, antibiothérapie curative de tout foyer infectieux, suivi rigoureux des mesures d'asepsie lors de la réalisation de manœuvres à risque infectieux, éradication ou diminution de la densité bactérienne en cas de portage chronique cutané (dialysé rénal...), urinaire... dans la mesure du possible. Une surveillance systématique de l'état buccodentaire doit être effectuée au minimum deux fois par an chez les patients ayant une cardiopathie.

Tout geste entraînant une effraction des muqueuses et/ou de la peau doit être évité. Ainsi, la pratique du piercing est formellement déconseillée chez les patients ayant une cardiopathie à risque. L'acupuncture ne doit être réalisée qu'en connaissant le risque possible de survenue d'endocardite infectieuse et en effectuant une surveillance clinique appropriée après le geste. L'utilisation de cathéters de perfusion doit être limitée aux situations où elle est indispensable, en particulier chez les sujets à risque. En cas de nécessité, elle doit se faire conformément à des procédures qui recommandent un remplacement systématique du cathéter périphérique tous les trois à quatre jours, l'utilisation préférentielle des cathéters périphériques au détriment des cathéters centraux, et une surveillance rigoureuse de la survenue de signes d'inflammation au point de perfusion.

### Recommandation 3 : gestes buccodentaires

Chez les patients des groupes A et B, l'utilisation d'antiseptiques locaux à base de chlorhexidine sous forme

Tableau 2

Schéma des indications de l'antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse chez les patients ayant un geste buccodentaire\*, en fonction du groupe de cardiopathie à risque

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A Cardiopathie à haut risque	Groupe B Cardiopathie à risque moins élevé
Geste buccodentaire à risque	Recommandée	Optionnelle
Geste buccodentaire non à risque	Non recommandée	Non recommandée

\* Les indications et fonction des différents types de gestes sont détaillés en Annexe 2.

d'un bain de bouche de 30 secondes qui précède le geste dentaire, et la pratique des soins buccodentaires en un minimum de séances sont recommandés. Si les soins nécessitent plusieurs séances, ils doivent être si possible espacés d'au moins 10 j, si le praticien a recours à une antibioprofylaxie.

*Indications de l'antibioprofylaxie par voie systémique (Tableau 2, Annexes 1 et 2)*

- Chez les patients du groupe A, l'utilisation de l'antibioprofylaxie selon les modalités définies ci-après est recommandée pour les actes buccodentaires invasifs non contre indiqués.

Certains gestes sont contre-indiqués ou formellement déconseillés : prothèses sur dents à dépulper, pose d'implants et chirurgie parodontale.

Les pulpopathies, les parodontopathies et les traumatismes nécessitent l'extraction. Les soins endodontiques chez les patients du groupe A doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire soit accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées, et à la rigueur à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles. La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisée qu'en l'absence de toute atteinte parodontale.

- Chez les patients du groupe B, l'antibioprofylaxie est optionnelle.

Le choix de sa réalisation est laissé au jugement des cliniciens en charge du patient, en tenant compte en particulier de la nature de l'acte réalisé et de l'état du patient. Des facteurs orientant ce choix sont listés dans le Tableau 3. Quel que soit le choix retenu, il doit s'accompagner d'une information préalable du patient et de son adhésion à la stratégie proposée. Il doit figurer sur un carnet de suivi remis à chaque patient. Ce dernier doit en effet savoir qu'en cas de fièvre ou de symptômes, en particulier dans le mois suivant le geste dentaire, il doit consulter un médecin le plus rapidement possible et avant toute prise médicamenteuse, et l'informer de la réalisation du geste dentaire afin que les hémocultures puissent être réalisées, le cas échéant, avant

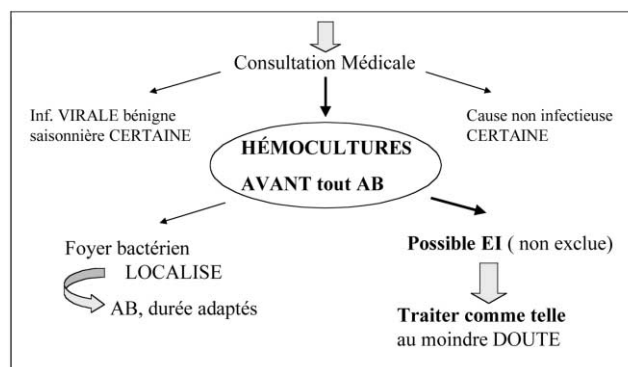


Fig. 1. Schéma de prise en charge d'un patient fébrile avec cardiopathie à risque d'EI < 3 mois après geste à risque, a fortiori sans AB-prophylaxie\*.

\* Cette recommandation concerne tout patient ayant une fièvre ou tout autre symptôme aigu, et une cardiopathie à risque ; elle est spécifiquement rappelée ici, pour attirer l'attention du patient et du médecin, au cas où il n'y aurait pas eu d'antibioprofylaxie avant un geste à risque.

toute antibiothérapie (Fig. 1). Il s'agit là d'une démarche d'éducation du patient au même titre que les conseils d'hygiène générale et en particulier buccodentaire qui lui sont prodigués.

Les traitements radiculaires peuvent être entrepris à trois conditions : s'ils sont réalisés sous champ opératoire étanche (digue), si la totalité de l'endodonte est aisément accessible, et s'ils sont réalisés en une seule séance. Si ces trois conditions ne sont pas remplies, l'extraction est recommandée. La pose d'implants, la chirurgie parodontale et certains autres gestes (Annexe 2) sont contre-indiqués.

- Pour les autres situations cardiaques, l'antibioprofylaxie n'est pas recommandée.

En dehors de l'urgence, avant chirurgie valvulaire, l'antibioprofylaxie est indiquée comme pour les patients du groupe A ; un bilan d'imagerie dentaire complet doit être réalisé ; seules sont conservées les dents pulpées ou présentant un traitement endodontique parfait, sans élargissement desmodontal, remontant à plus d'un an, et au parodonte sain. Les dents dépulperées dont le traitement endodontique est incomplet, les dents présentant des lésions parodontales, les racines et apex persistants sont extraits au moins 15 j avant l'intervention cardiaque. En cas de chirurgie réalisée

Tableau 3

Facteurs orientant le choix dans les situations où l'antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse est optionnelle

## Arguments en faveur de la prescription

## Terrain

- Age : > 65 ans
- Insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, hépatique
- Diabète
- Immunodépression acquise, constitutionnelle ou thérapeutique (corticoïdes, immunosuppresseurs...)

## État buccodentaire

- Hygiène buccodentaire défectueuse notamment

## Gestes

- Saignement important (intensité, durée)
- Geste techniquement difficile (durée prolongée de l'acte...)
- Souhait du patient après information

## Arguments en faveur de l'abstention

- Allergie à de multiples antibiotiques
- Souhait du patient après information

dans l'urgence, les soins buccodentaires sont réalisés dès que possible en fonction du contexte.

#### Recommandation 4 : gestes à risque autres que buccodentaires

Les recommandations reposent sur un accord professionnel, en l'absence de données scientifiques et ne se substituent pas au jugement du clinicien qui réalise le geste (Tableau 4). Ces recommandations ne remettent pas en question celles concernant l'antibioprofylaxie préopératoire des gestes chirurgicaux.

Les risques associés à la sclérothérapie et à la dilatation œsophagienne semblent élevés, si bien que le groupe de travail a recommandé l'antibioprofylaxie systématique pour les cardiopathies des groupes A et B. Pour toute une série d'autres gestes (Annexe 3) associés à un risque élevé d'endocardite infectieuse, il est proposé le même schéma d'indication que pour les gestes buccodentaires : antibioprofylaxie recommandée pour le groupe A, optionnelle pour le groupe B. Certains gestes qui semblent à risque moindre

ne font l'objet que d'une proposition d'antibioprofylaxie optionnelle pour le groupe A (Annexe 2). Les facteurs de choix figurant au Tableau 3 peuvent, comme pour les gestes buccodentaires, aider à la décision.

Pour les autres situations cardiaques, l'antibioprofylaxie n'est pas recommandée.

#### Recommandation 5 : modalités d'antibioprofylaxie

Le groupe de travail considère que l'évolution de l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse en France est un argument pour ne pas modifier les modalités d'administration de l'antibioprofylaxie.

##### Modalités générales de l'antibioprofylaxie

D'une manière générale, l'antibioprofylaxie, quand elle se justifie, est débutée dans l'heure précédant le geste selon les modalités définies ci-après. La dose de 3 g d'amoxicilline, recommandée par la conférence de 1992, a été reconduite ; toutefois, elle peut être modulée en 2 g dans certaines circonstances, par exemple poids inférieur à 60 kg ou

Tableau 4

Schéma des indications de l'antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse chez les patients ayant des gestes autres que buccodentaires\*, en fonction du groupe de cardiopathie à risque

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Groupe B Cardiopathies à risque moins élevé d'endocardite infectieuse
Gestes à risque très élevé	Recommandée	Recommandée
Gestes à risque élevé	Recommandée	Optionnelle
Gestes à risque moindre	Optionnelle	Non recommandée
Gestes à risque négligeable	Non recommandée	Non recommandée

\* Les indications en fonction des différents types de gestes sont détaillées en Annexe 3.

Tableau 5

Antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse lors de soins dentaires et d'actes portant sur les voies aériennes supérieures – soins ambulatoires

	Produit	Posologie et voie d'administration Prise unique dans l'heure précédant le geste
Pas d'allergie aux $\beta$ -lactamines	Amoxicilline	3 g per os *
Allergie aux $\beta$ -lactamines	Pristinamycine ou** clindamycine	1 g per os 600 mg per os

\* 2 g per os si poids du sujet < 60 kg ou intolérance préalable.

Posologies pédiatriques per os : amoxicilline 75 mg kg<sup>-1</sup> ; clindamycine 15 mg kg<sup>-1</sup> ; pristinamycine : 25 mg kg<sup>-1</sup>.

\*\* Le pourcentage respectif de souches de streptocoques de sensibilité diminuée à ces deux antibiotiques doit être pris en considération dans le choix.

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 6

Antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse lors de soins dentaires et d'actes portant sur les voies aériennes supérieures – anesthésie générale

	Produit	Posologie et voie d'administration Avant (dans l'heure précédant le geste)	Après (6 h plus tard)
Pas d'allergie aux $\beta$ -lactamines	Amoxicilline	2 g IV (perfusion 30 min)	1 g per os
Allergie aux $\beta$ -lactamines	Vancomycine ou teicoplanine	1 g IV (perfusion $\geq$ 60 min) 400 mg IV (directe)	pas de 2 <sup>e</sup> dose

Posologies pédiatriques : amoxicilline 50 mg kg<sup>-1</sup> IV avant, 25 mg kg<sup>-1</sup> per os 6 h plus tard ; vancomycine 20 mg kg<sup>-1</sup> (maximum 1 g) ; teicoplanine : pas d'A.M.M. chez l'enfant en antibioprofylaxie

IV : intraveineux

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 7

Antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse lors d'interventions urologiques et digestives

	Produit	Posologie et voie d'administration Avant (dans l'heure précédant le geste)	Après (6 h plus tard)
Pas d'allergie aux $\beta$ -lactamines	Amoxicilline puis gentamicine	2 g IV (perfusion 30 min) 1,5 mg kg <sup>-1</sup> IV (perfusion 30 min) ou IM	1 g per os pas de 2 <sup>e</sup> dose
Allergie aux $\beta$ -lactamines	Vancomycine ou teicoplanine puis gentamicine	1 g IV (perfusion $\geq$ 60 min) 400 mg IV (directe) 1,5 mg kg <sup>-1</sup> IV (perfusion 30 min) ou IM	pas de 2 <sup>e</sup> dose

Posologies pédiatriques : amoxicilline 50 mg kg<sup>-1</sup> IV avant, 25 mg kg<sup>-1</sup> per os 6 h plus tard ; gentamicine 2 mg kg<sup>-1</sup> (maximum 80 mg) ; vancomycine 20 mg kg<sup>-1</sup> (maximum 1 g) ; teicoplanine : pas d'A.M.M. chez l'enfant en antibioprofylaxie.

IM : intramusculaire, IV : intraveineux.

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 8

Propositions pour l'évaluation et la diffusion des recommandations

1. Identification du niveau de risque d'une valvulopathie (mention groupe A ou B) sur :
  - compte-rendu d'échographie
  - dossier clinique
  - carte de prévention de l'endocardite infectieuse
2. Carnet de santé de cardiopathie pour les patients ayant une cardiopathie à risque A et B
3. Mise en place d'une cohorte de patients ayant une cardiopathie subissant des gestes dentaires
4. Registre colligeant les gestes à risque et l'antibioprofylaxie précédant l'endocardite infectieuse

intolérance préalable à la dose de 3 g. Cependant, si des difficultés faisant craindre la survenue d'un risque infectieux particulier surviennent au cours ou au décours immédiat de la réalisation d'un geste n'ayant pas été précédé d'une antibioprofylaxie (saignement abondant, procédures longues et difficiles...), il peut être indiqué de débiter une antibioprofylaxie, dès que possible dans l'heure qui suit le geste. Cette décision est laissée au jugement du praticien qui réalise le geste.

Les modalités de l'antibioprofylaxie ne s'appliquent pas aux cas où une antibiothérapie curative est indiquée.

Il est recommandé d'espacer les soins dentaires d'au minimum 10 j s'ils font l'objet d'une antibioprofylaxie.

Dans les autres situations où l'antibioprofylaxie concerne un geste où la bactérie impliquée est un staphylocoque, l'antibiotique utilisé devra être la pristinamycine en l'absence de contre-indication.

### Propositions

Afin d'assurer le dépistage, le suivi et l'information des patients ayant une cardiopathie à risque, le groupe de travail fait les propositions suivantes (Tableau 8) :

- Avant la réalisation d'un geste à risque, l'interrogatoire du patient doit rechercher l'existence d'une cardiopathie à risque. En cas de doute chez un patient sans suivi cardiologique (notion d'un souffle cardiaque par exemple), une échocardiographie est recommandée avant la réalisation du geste afin de déterminer l'existence éventuelle d'une cardiopathie à risque ;
- le compte rendu d'échocardiographie-Doppler doit décrire de façon précise les anomalies morphologiques éventuellement observées et en préciser le caractère pathologique ou non. En présence d'anomalies valvulaires, il doit préciser leur importance et leur retentissement. La conclusion du compte rendu doit, le cas échéant, indiquer la présence d'une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse ainsi que sa catégorie telle que définie dans les recommandations (groupe A ou B) ;
- un suivi systématique et méthodique des patients ayant une cardiopathie et subissant des gestes à risque doit être réalisé à l'aide d'un carnet de suivi individuel. Cette surveillance devrait concerner l'ensemble des patients des groupes A et B. Ce suivi systématique permettrait de diagnostiquer, et par conséquent de traiter précocement une éventuelle endocardite infectieuse quelle qu'en soit l'origine (conséquence de bactériémies quotidiennes ou des gestes pratiqués). Ce carnet de suivi devrait mentionner le groupe A ou B du patient, l'existence d'une allergie aux  $\beta$ -lactamines, les gestes à risque éventuellement effectués et la date de leur réalisation, le recours éventuel à une antibioprofylaxie et son type, les événements infectieux.

Enfin, il paraît souhaitable d'évaluer la validité des nouvelles recommandations et leurs répercussions sur l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse par tous les moyens appropriés et notamment la mise en place de registres longitudinaux chez les patients ayant des cardiopathies à risque, ainsi que de registres portant sur les gestes et situations à risque chez les malades ayant une endocardite déclarée. Une nouvelle enquête épidémiologique, analogue à celles de 1991 et 1999, devrait également être prévue dans un délai de 5 à 10 ans.

## ANNEXE 1

### Lexique des termes dentaires spécifiques

**Amputation radiculaire** : intervention qui consiste à extraire une racine non conservable d'une dent pluriradiculée de manière à pouvoir maintenir celle-ci sur l'arcade.

**Anesthésie intraligamentaire** : technique visant à injecter quelques gouttes d'anesthésique local dans le ligament alvéolo-dentaire.

**Digue** : feuille de latex placée au collet d'une ou plusieurs dents de façon à les isoler de la salive et de la flore microbienne buccale. Elle est maintenue en place à l'aide de crampons. La digue constitue donc un champ opératoire étanche.

**Endodonte** : partie de l'organe dentaire constitué de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires (d'où le terme endocanalaire).

**Freinectomie** : excision dans sa totalité d'un frein ou attache musculaire membraneuse (frein lingual, frein labial supérieur ou inférieur, etc.).

**Germectomie** : intervention chirurgicale visant à extraire un germe dentaire, c'est-à-dire l'ébauche de l'organe dentaire, plus ou moins évolué encore inclus dans le maxillaire dans un but principalement orthodontique. Cette intervention concerne généralement mais pas uniquement les germes de dents de sagesse.

**Irrigation sub-gingivale** : instillation d'un antiseptique liquide à l'intérieur du sillon gingivodentaire.

**Réimplantation dentaire** : repositionnement à l'intérieur de son alvéole d'une dent luxée accidentellement. Une contention transitoire permet ensuite son maintien en place.

**Séparation radiculaire** : intervention visant à dissocier les racines d'une dent pluriradiculée afin de faciliter son extraction.

**Sondage parodontal** : action de mesurer à l'aide d'un instrument effilé gradué à pointe mousse la profondeur d'une poche parodontale.

**Surfaçage** : polissage instrumental de la surface radiculaire des dents. Il est complémentaire du détartrage.

**Transplantation dentaire** : greffe autogène d'une dent de son alvéole à un autre alvéole désaffecté.

## ANNEXE 2

### Indications d'antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse concernant les gestes de la SPHERE BUCCO-DENTAIRE en fonction du groupe de cardiopathie à risque

#### 2-1 Actes bucco-dentaires contre-indiqués (cardiopathies groupes A et B)

##### Anesthésie locale intraligamentaire

##### Soins endodontiques :

- Traitement des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire

##### Actes chirurgicaux :

- Amputation radiculaire
- Transplantation/Réimplantation
- Chirurgie périapicale
- Chirurgie parodontale
- Chirurgie implantaire
- Mise en place de matériaux de comblement

##### Orthopédie dento-faciale :

- Chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées

#### 2-2 Actes bucco-dentaires invasifs → Antibiofylaxie

##### Mise en place d'une digue

##### Soins parodontaux non chirurgicaux :

- Détartrage avec et sans surfaçage
- Sondage

##### Soins endodontiques :

- Traitement des dents à pulpe vivante\*

##### Soins prothétiques à risque de saignement

##### Actes chirurgicaux :

- Avulsions dentaires :
  - Dent saine
  - Alvéolectomie
  - Séparation des racines\*\*
  - Dent incluse ou en désinclusion
  - Germectomie
- Freinectomie
- Biopsies des glandes salivaires accessoires
- Chirurgie osseuse

##### Orthopédie dento-faciale

##### Mise en place de bagues

#### Groupe A

Recommandée

#### Groupe B

Optionnelle

#### 2-3 Actes bucco-dentaires non invasifs Antibiofylaxie

(sans risque de saignement important)

##### Actes de prévention :

- Application de fluor
- Scellement de sillons

##### Soins conservateurs (restauration coronaire)

##### Soins prothétiques non sanglants :

- Prise d'empreinte

##### Ablation post-opératoire de sutures

##### Pose de prothèses amovibles orthodontiques

##### Pose ou ajustement d'appareils orthodontiques

##### Prise de radiographie dentaire

##### Anesthésie locale non intraligamentaire

Non recommandée

#### 2-4 En cas d'infection Antibiofylaxie non adaptée, Antibiothérapie curative nécessaire

Recommandations établies par accord professionnel

\* Les soins endodontiques chez les patients du groupe A doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire soit accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées, et à la rigueur à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles.

\*\* La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisé qu'en l'absence de toute atteinte parodontale.

## ANNEXE 3

**Indications d'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors des gestes autres que buccodentaires en fonction du groupe de cardiopathie à risque****3.1 Gestes concernant la SPHERE ORL**

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Amygdalectomie et adénoïdectomie	Recommandée	Optionnelle
Chirurgie endoscopique de sinusite chronique		
Bronchoscopie rigide		
Bronchoscopie souple	Optionnelle	Non recommandée
Intubation naso ou oro-trachéale *		
Aspiration naso-trachéale	Non recommandée	
Masque laryngé		
Dilatation percutanée de trachéostomie		

\*sauf en cas d'intubation difficile et/ou traumatique, groupe A

Ces recommandations ne remettent pas en questions celles concernant l'antibioprophylaxie pré-opératoire des gestes chirurgicaux

**3.2 Gestes concernant la SPHERE DIGESTIVE**

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Dilatation oesophagienne	Recommandée	
Sclérothérapie*		
Cholangiographie rétrograde et sphinctérotomie	Recommandée si obstacle biliaire ou faux kyste pancréatique	
Ligature élastique de varices oesophagiennes *	Optionnelle	Non recommandée
Colonoscopie **		
Ponction à l'aiguille fine guidée par échographie	Non recommandée	
Gastrosopie		
Biopsie hépatique		

\* en dehors du traitement hémostatique en urgence

\*\*possibilité de réaliser l'antibioprophylaxie après le début du geste si découverte d'une néoformation avec réalisation de biopsie, polypectomie, ou de mucosectomie\*\*\* ou en cas d'examen difficile

\*\*\*absence complète de données sur le risque de bactériémie après mucosectomie

**3.3 Gestes à visée urologique**

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Ablation de sonde posée lors d'un acte chirurgical urologique : urines infectées*	Recommandée	
Résection prostatique trans-urétrale : urines stériles	Recommandée	Optionnelle
Biopsie prostatique**		
Dilatation urétrale		
Lithotritie extra-corporelle	Optionnelle	Non recommandée
Cathétérisme urétral		
Cystoscopie***	Non recommandée	
Ablation de sonde posée lors d'un acte chirurgical urologique : urines stériles		
Résection prostatique trans-urétrale : urines infectées	Acte contre-indiqué (Groupe A et B)	

\* Le choix de l'antibiotique est guidé par les résultats de l'examen cyto bactériologique des urines et de l'antibiogramme

\*\* Systématiquement précédée par un lavement rectal

\*\*\* geste contre indiqué en cas d'urines infectées, antibioprophylaxie si biopsie, patient du groupe A  
Ces recommandations ne remettent pas en questions celles concernant l'antibioprophylaxie pré-opératoire des gestes chirurgicaux



### 3.4 Gestes concernant la sphère gynéco- obstétricale

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Accouchement par voie basse	Optionnelle*	Non recommandée
Césarienne**	Non Recommandée	
Biopsie cervicale ou endométriale	Non Recommandée	
Curetage	Non Recommandée	
Stérilet	Acte contre-indiqué (Groupe A et B)	

\* en cas de rupture prématurée de la poche des eaux et travail débuté plus de 6 heures avant l'admission

\*\* Suivre les recommandations de la SFAR pour la population générale

Ces recommandations ne remettent pas en questions celles concernant l'antibioprofylaxie pré-opératoire des gestes chirurgicaux

### 3.5 Gestes à visée cardiaque

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Echographie trans-oesophagienne	Non recommandée	
Ballon de contre pulsion intra-aortique	Non recommandée	
Angioplastie coronaire percutanée avec ou sans endoprothèse	Non recommandée	

### 3.6 Gestes et procédures concernant la sphère cutanée

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Traitement instrumental des furoncles	Recommandée	
Excision de lésions cutanées ulcérées ou non ulcérées	Optionnelle	