

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Mouloud Mammeri De Tizi-Ouzou
Faculté de Médecine
Département de Médecine Dentaire



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en médecine dentaire

Présenté et soutenu : le 30/06/2025

Thème

**La prise en charge du patient à
risque en 2025**

Réalisé par :

AKLI Massilva

DJELLAS Ania

LACHEB Yousra

BAHLOUL Hanaâ

AYADI Ikhlas

Membres de jury :

Président : Mr IDINARENE L.

Professeur en Parodontologie

Examinatrice : Mme HERBANE G.

MA en Pathologie bucco-dentaire

Promoteur : Mr CHEHRIT O.

MA. Chef de service de Parodontologie

Année universitaire : 2024-2025

À ALLAH (swt)

Avant toute chose, nous exprimons notre profonde gratitude envers Allah, le Tout-Puissant, le Clément et le Miséricordieux. C'est par Sa volonté que nous avons pu traverser les difficultés, puiser la force et la patience nécessaires, et avancer avec détermination dans la réalisation de ce travail. Sans Sa guidance et Sa bénédiction, rien de tout cela n'aurait été possible.

À Monsieur le Président du Jury, Professeur IDINARENE.L

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de présider le jury de notre mémoire de fin d'études. C'est un honneur pour nous de voir notre travail examiné sous votre regard expert.

Votre haut niveau d'expertise, allié à votre dévouement envers l'excellence académique, constitue pour nous un exemple à suivre. C'est avec une grande reconnaissance que nous accueillons votre évaluation et vos remarques éclairées. Nous vous remercions chaleureusement pour le temps, l'attention et la bienveillance accordés à notre travail, ainsi que pour votre rôle déterminant dans notre parcours universitaire.

À Docteur HERBANE.G

Maître Assistante au service de pathologie buccodentaire au CHU de Tizi Ouzou Nous souhaitons vous remercier chaleureusement pour avoir accepté d'être membre du jury pour notre mémoire de fin d'études. Votre participation est un véritable honneur, et nous sommes reconnaissantes pour l'expertise et le discernement que vous apportez à l'évaluation de notre travail.

À notre encadrant, Monsieur le Docteur CHEHRIT.O

Nous tenons à exprimer une gratitude particulière à notre encadrant, Dr CHEHRIT Maître Assistant au CHU de Tizi Ouzou, Chef de service de Parodontologie
Votre rôle a été crucial dans la réalisation de ce mémoire, et vos conseils avisés, votre expertise et votre soutien indéfectible méritent une reconnaissance spéciale.

Merci de nous avoir accordé votre temps précieux, d'avoir toujours été disponible pour discuter de nos idées, de répondre à nos questions et de nous orienter avec bienveillance. Nous sommes profondément reconnaissantes pour les nombreuses occasions d'apprentissage que vous nous avez offertes, pour vos critiques constructives qui ont enrichi et amélioré notre travail, et pour la liberté intellectuelle que vous nous avez accordée, nous permettant d'explorer nos propres idées tout en bénéficiant de votre précieuse expertise.

Votre impact sur ce mémoire est immense, et nous vous en sommes extrêmement reconnaissantes. Cette réalisation est autant le fruit de votre travail acharné et de votre dévouement que du nôtre. Nous sommes honorées et chanceuses d'avoir eu l'opportunité de travailler sous votre direction.

Je commence par remercier le bon Dieu de m'avoir donné la santé, la volonté, le courage et la patience nécessaires pour mener à bien ce travail.

Je dédie ce modeste travail à :

Mon très cher père, qui veille à ce que je ne manque jamais de rien et qui a toujours cru en moi.

Ma très chère mère, que je ne remercierai jamais assez pour son amour, sa patience, sa foi en moi, ainsi que pour son aide et son soutien sans faille tout au long de mes études.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi ; sans vous, je n'aurais jamais pu en arriver là.

Mes chers frères et sœurs : Djamel, Aymen, Loubna et Mayar,

Votre soutien, bien que souvent discret, a toujours été présent et profondément ressenti. Chacun de vous, à sa manière, a contribué à mon épanouissement et à ma réussite.

Mon cher mari Hassene,

Ton amour, ton soutien inébranlable et ta patience ont été les piliers de ma réussite. Chaque étape de ce parcours a été illuminée par ta présence à mes côtés. Merci d'être mon compagnon de vie et de rêves.

Mes chers petits Acil et Ghaith,

Vous êtes un précieux cadeau et une source constante d'inspiration.

 BAHLOUL HANAA.

Avant toute chose, je rends grâce à Dieu pour m'avoir accordé la force, la patience et la persévérance nécessaires à l'accomplissement de ce travail. Sans Sa volonté, rien n'aurait été possible.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes parents, Akli Ahcen et Amari Hassina, pour leur soutien indéfectible, leur présence bienveillante et les valeurs qu'ils m'ont transmises. Leur amour, leur patience et leurs encouragements ont été le socle de mon parcours.

Un remerciement tout particulier à ma mère, la plus merveilleuse des mamans. Son amour inconditionnel, son dévouement et ses innombrables sacrifices ont été mon pilier. Sa patience, sa force silencieuse et sa foi inébranlable en moi, même dans les moments les plus difficiles, m'ont portée au-delà des épreuves. Ce que je suis aujourd'hui, je le lui dois autant qu'à moi-même. Je lui dédie ce travail de tout cœur.

Merci maman.

Ma reconnaissance s'étend également à mes deux tantes, Sabrina et Aïda, que j'ai toujours appelées « Maman » et qui ont été comme des secondes mères pour moi. Leur affection et leur soutien constant ont été d'un immense réconfort.

Je remercie aussi chaleureusement mes oncles maternels, Samir et Badis, ainsi que leurs épouses ; mon oncle paternel Hocine, et j'adresse une pensée émue à la mémoire de sa défunte épouse, Ghania. À mes cousins et cousines — Chaïma, Chérine, Narimane, Karima, Wafa (et leurs époux), Malek, Asma, Ritadj, Kawther, Roudaina, Ayoub, Nabil, Hicham et son épouse — merci pour vos encouragements et votre présence touchante.

Un grand merci à mon amoureux, Amir Houssam. Ta patience, ton écoute et ton soutien indéfectible ont été une lumière précieuse dans les moments de doute. Merci pour ta présence rassurante, toujours empreinte de tendresse.

Enfin, je souhaite adresser un mot à celle qui signe ces lignes : Merci à moi-même, pour n'avoir jamais baissé les bras.

*Pour ma persévérance, ma force tranquille et ma détermination.
Ce travail est la preuve que j'ai su croire en moi, malgré les obstacles.*

 AKLI MASSILVA

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à mes parents, pour leur amour inconditionnel, leur soutien moral constant et leurs sacrifices sans limite.

Merci pour votre patience, vos encouragements et votre présence à chaque étape de ce parcours.

Ce mémoire est en grande partie le fruit de vos efforts et de votre confiance en moi.

Je vous dédie cette réussite, avec tout mon cœur.

 DJELLAS Ania.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا"

*First and foremost, I would like to express my deepest gratitude to Almighty **Allah**, the Most Gracious, the Most Merciful, for granting me the strength, patience, and perseverance to complete this work. Without His divine guidance and countless blessings, none of this would have been possible.*

Dear Dad,

There are no words strong enough to thank you for everything you've done for me. Your support has been my anchor, your encouragement, your sacrifices, your belief in me even when I doubted myself... it all gave me the strength to keep going. You've always been there, quietly but powerfully, showing me what true love, dedication, and strength look like. You're not just my father, you're my man, my hero, the one I'll always look up to. I am so proud to be your daughter. And wherever life takes me, I'll carry your wisdom, your values, and your love with me.

Dear Mom,

There is so much I want to say, and yet no words feel big enough to describe what you mean to me. You have been my rock, my guide, my safe place and the reason I've been able to push forward and grow. Throughout my studies and through life's challenges, you've been right by my side: encouraging me, comforting me, reminding me of my worth when I forgot it myself. Everything I am today; my strength, my resilience, my compassion, I owe to you. Your sacrifices, your wisdom, and your unconditional love have shaped me in the most powerful way. You didn't just raise me, you inspired me to become the best version of myself. You're not just my mother, you're my idol, my greatest example, and the person I admire more than anyone else. I'm so incredibly proud to be your daughter. And wherever I go in life, I carry your spirit with me.

*To my beloved brothers **Walid** and **Nadir**, You have always protected me, encouraged me, and made me feel capable of anything. This achievement is mine, but it carries pieces of your faith and love in every step. I'm proud to be your sister, and forever grateful to have*

you both in my life.

*My little sister **Hiba**; Watching you grow has been one of my greatest blessings. Your spirit, kindness, and strength continue to inspire me. Though I'm older, I've learned so much from you. Thank you for your love, your laughter, and your light. I carry you with me always and forever.*

*For the three incredible women who are more than just friends; they are my sisters by heart; **Ibtissem, Wafa and Lamia***

***Ibtissem**; You've been my light in the darkest times and the one who celebrates my smallest victories like they're your own. Your loyalty and love are rare treasures. I wouldn't be who I am without you.*

***Wafa**; To the woman who walked beside me, not behind, not ahead, but in step with a heart that echoed mine, in rhythm and in silence.*

Thank you for always being there.

Thank you for reminding me not to take life too seriously. Your words, your presence, carried me more than you know. You reminded me that

I don't have to carry everything alone. I'm lucky to walk through life with someone like you by my side.

***Lamia**; From the very beginning, you've shown me what unconditional support looks like. Your strength, kindness, and honesty have inspired me in ways words can't describe. You've never let me fall without reaching out your hand, and I am endlessly grateful for your presence in my life.*

*To the one who taught me with patience, guided me with care, and stood by me as a sister. To you; **Dr. SAADI F/Z**, who gave me a chance when*

I needed it most. Thank you for believing in me, for offering your time, your guidance, and a space in which I could grow.

Thank you for opening doors I didn't even know existed, and for walking

beside me with both intellect and heart. You were far more than a mentor, you were a light in moments of doubt, and a friend when I needed one most. I am deeply and forever grateful for your trust, your encouragement, and your presence in my life.

***Hanaa, Sara and Yousra**; your presence in my life is a gift, and your impact means more than words can say.*

To everyone who loves me, really and truly.

Last but not least; To the person I was, the person I am, and the person I'm becoming. To every version of me. I am proud of the woman you are today: grounded, resilient, and full of purpose. You've carried so much with grace and built something beautiful from every broken piece.

You've walked through silence, fear, pressure, doubt and still, you kept going. This achievement is more than a degree, it's a promise kept to the little girl who once dared to dream big. Thank you for holding on when it was hard, for believing even when the world felt heavy, and for never letting go of your hope. I am so proud of you.

Never forget how far you've come, keep shining, keep dreaming, and keep becoming the incredible woman you were always meant to be.

 *AYADI Ikhlas*

C'était un peu comme faire un marathon avec des chaussures parfois trop grandes : fatiguant certainement, mais ça valait le coup ! J'y ai mis de moi, de mon énergie, de mes émotions...

et beaucoup de café

Je dédie ce modeste travail

Au meilleur des pères et à ma très chère maman

Qu'ils trouvent en moi la source de leur fierté qui ne cesse de me donner avec amour le nécessaire pour que je puisse arriver à ce que je suis aujourd'hui. Pour leur amour inconditionnel, leurs sacrifices et leur soutien sans faille tout au long de mon parcours. Je vous remercie d'avoir toujours cru en moi.

À mes merveilleuses sœurs, RAWNAK, IBTHAL, ARIDJE, RAGHOUDA

Pour leur amour infini et inépuisable. Le fait que vous soyez à mes côtés est le plus beau cadeau pour moi, Je vous aime énormément.

À mon frère ABDOU,

Pour sa complicité, son humour. Je le remercie pour sa joie de vivre, ses blagues parfois un peu absurdes mais toujours drôles.

À ma chère Docteur AMZAL FARIDA,

Merci infiniment pour ta gentillesse, ton encouragement et pour toute l'aide que tu m'as apportée.

À mes chères copines IKRAM, HANAA et IKHLAS,

Pour leur amitié sincère, leur écoute et leurs encouragements constants. Ainsi que pour tous les meilleurs souvenirs que nous avons partagés à l'université et à la résidence. Je vous aime beaucoup et je ne vous oublierai jamais.

À ma meilleure amie KAMI,

Je te remercie pour tous les beaux jours que nous avons passés ensemble, pour tous les merveilleux souvenirs que nous avons créés, Je suis tellement chanceuse de te connaître.

 LACHEB YOUSRA

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xvi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE I : RAPPEL SUR LES DIFFÉRENTS RISQUES MÉDICAUX EN ODONTOSTOMATOLOGIE.....	2
1. Les risques médicaux les plus rencontrés en odontologie.....	2
1.1 Risque infectieux	2
1.1.1. Patients immunodéprimés	2
1.1.2. Patients à risque d'endocardite infectieuse	2
1.1.3. Patients à risque d'ostéonécrose.....	3
1.1.4. Cas particulier des patients porteurs d'une prothèse articulaire.....	3
1.1.5. Actes invasifs et non invasifs.....	3
1.2. Le risque hémorragique	4
1.2.1. Définition	4
1.2.2. Évaluation du risque hémorragique	4
1.3. Le risque médicamenteux	5
1.4. Le risque lié au traitement	5
1.5. Le risque anesthésique	5
1.6. Risques physiologiques.....	7
1.7. Risque lié au stress.....	7
2. Accidents et situations d'urgence.....	8
2.1. Le risque syncopal.....	8
2.2. La crise hypertensive.....	9
2.3. Hypotension orthostatique	9
2.4. Risque hypoglycémique.....	9
2.5. Risque de décompensation aiguë d'une affection chronique	9
2.6. Le risque allergique.....	10
3. Les risques limitant la prise en charge des patients à risque en cabinet dentaire.....	10

TABLE DES MATIÈRES

3.1.	Limites professionnelles	10
3.2.	Limites liées aux matériels et organisationnels	10
3.3.	Limites légales et juridiques.....	11
3.4.	Limites liées au patient.....	11
4.	Le cabinet dentaire.....	11
5.	Spécificité de la prise en charge en odontologie des patients à risque.....	13
5.1.	Examen général.....	13
5.2.	Examen clinique proprement dit.....	13
5.2.1.	Examen clinique exo-buccal	14
5.2.2.	L'examen endo-buccal	14
5.2.3.	Les examens complémentaires.....	14
	CHAPITRE II : RISQUE LIÉ A UNE PATHOLOGIE.....	15
1.	Les maladies cardiovasculaires.....	15
1.1.	Les maladies coronariennes	15
1.1.1.	Définition	15
1.1.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies coronariennes	17
1.1.3.	Prise en charge en odontologie.....	17
1.2.	L'insuffisance cardiaque.....	19
1.2.1.	Définition	19
1.2.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance cardiaque.....	20
1.2.3.	Prise en charge en odontologie.....	20
1.3.	L'hypertension artérielle HTA.....	22
1.3.1.	Définition	22
1.3.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'HTA.....	22
1.3.3.	Prise en charge en odontologie	23
1.4.	L'endocardite infectieuse.....	24
1.4.1.	Définition	24
1.4.2.	Prise en charge en odontologie	27
1.5.	Les cardiopathies valvulaires.....	28

TABLE DES MATIÈRES

1.5.1. Définition	28
1.5.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies.....	29
1.5.3. Prise en charge en odontologie	29
1.6. Trouble de rythme cardiaque	30
1.6.1. Définition	30
1.6.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies	30
1.6.3. Prise en charge en odontologie.....	31
1.7. Les cardiomyopathies	31
1.7.1. Définition	31
1.7.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies....	32
1.7.3. Prise en charge en odontologie	32
2. Les maladies métaboliques	33
2.1. Diabète sucré.....	33
2.1.1. Définition	33
2.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du diabète sucré.....	34
2.1.3. Prise en charge en odontologie	34
2.2. Le Diabète insipide	37
2.2.1. Définition	37
2.2.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels du Diabète insipide.....	37
2.2.3. Prise en charge en odontologie.....	37
3. Les maladies endocriniennes.....	37
3.1. Désordres Thyroïdien	37
3.1.1. Définitions.....	37
3.1.1.1. Hypothyroïdie	37
3.1.1.2. Hyperthyroïdie.....	38
3.1.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'hypothyroïdie et L'hyperthyroïdie	38
3.1.3. Prise en charge en odontologie.....	39
3.2. Désordres parathyroïdiens	39
3.2.1. Définition	39
3.2.1.1. Hyperparathyroïdie	39
3.2.1.2. Hypoparathyroïdie	40

TABLE DES MATIÈRES

3.2.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'Hyperparathyroïdie et l'Hypoparathyroïdie	40
3.2.3. La prise en charge en odontologie	41
3.2.3.1. Hyperparathyroïdie	41
3.2.3.2. Hypoparathyroïdie	42
3.3. Désordres Surréaliens	42
3.3.1. Définition	42
3.3.1.1. Syndromes de Cushing	42
3.3.1.2. Insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison	42
3.3.1.3. Phéochromocytome	43
3.3.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels du syndrome de cushing, insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison et Le phéochromocytome.	43
3.3.3. Prise en charge en odontologie	44
4. Les maladies respiratoires.....	45
4.1. L'asthme	45
4.1.1. Définition	45
4.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme.....	46
4.1.3. Prise en charge en odontologie.....	46
4.2. La broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO.....	47
4.2.1. Définition	47
4.2.2. Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO	47
4.2.3. Prise en charge en odontologie.....	47
5. Les maladies hématologiques	49
5.1. Définition.....	49
5.1.1. Les pathologies des lignées rouges	49
5.1.1.1. Syndrome anémique	49
5.1.1.1.1. Classification morphologique des anémies.....	49
5.1.2. Les pathologies des lignées blanches	50
5.1.2.1. Les désordres leucocytaires non prolifératifs	50
5.1.2.1.1. Les neutropénies et agranulocytoses.....	50
5.1.2.1.2. Les lymphopénies	50
5.1.2.2. Les syndromes prolifératifs.....	50

TABLE DES MATIÈRES

5.1.2.2.1. Leucémie	50
5.1.2.2.2. Lymphome	51
5.1.2.2.3. Le myélome multiple	51
5.1.2.2.4. Les histiocytoses langerhansiennes ou Histiocytoses X.....	52
5.1.2.2.5. Les polyglobulies.....	52
5.1.3. Troubles de l'hémostase	52
5.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques	53
5.3. Prise en charge en odontologie.....	54
5.3.1. En cas de syndrome anémique.....	54
5.3.2. En cas de syndromes prolifératifs.....	54
5.3.3. En cas de syndromes non prolifératifs	55
5.3.4. En cas de trouble de l'hémostase.....	55
6. Les affections neurologiques.....	56
6.1. La maladie d'Alzheimer	56
6.1.1. Définition	56
6.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer.....	57
6.1.3. La prise en charge en odontologie	57
6.2. La maladie de Parkinson	58
6.2.1. Définition	58
6.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de parkinson.....	58
6.2.3. Prise en charge en odontologie.....	58
6.3. Épilepsie.....	59
6.3.1. Définition	59
6.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie.....	60
6.3.3. Prise en charge en odontologie.....	61
6.4. Accidents vasculaires cérébraux.....	62
6.4.1. Définition	62
6.4.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC.....	63
6.4.3. Prise en charge en odontologie.....	63
7. Troubles de l'immunité	63
7.1. HIV et SIDA.....	63

TABLE DES MATIÈRES

7.1.1. Définition	63
7.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des l'HIV et SIDA	64
7.1.3. La prise en charge en odontologie.....	65
8. Maladies hépatiques et gastro-intestinales	66
8.1. Hépatites virales.....	66
8.1.1. Définition	66
8.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite virale	67
8.1.3. Prise en charge en odontologie.....	67
8.2. Cirrhose, insuffisance hépatique et greffe hépatique	69
8.2.1. Définition	69
8.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du Cirrhose, insuffisance hépatique	70
8.2.3. La prise en charge en odontologie	70
8.3. Ulcère gastroduodéal	71
8.3.1. Définition	71
8.3.2. Traitement, répercussions buccale potentiels de l'ulcère gastroduodéal	72
8.3.3. Prise en charge en odontologie.....	72
9. Les maladies rénales.....	73
9.1. Définition.....	73
9.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance rénale Chronique.....	75
9.2.1. Prise en charge en odontologie	76
10. Maladies inflammatoires	77
10.1. Maladies inflammatoires chroniques intestinales.....	77
10.1.1. Définition	77
10.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies inflammatoires chroniques intestinales	77
10.1.3. Prise en charge.....	78
10.2. Sclérose en plaques (SEP).....	78
10.2.1. Définition	78
10.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la sclérose en plaque... 78	
10.2.3. Prise en charge des patients atteints de SEP	79

TABLE DES MATIÈRES

11.	Maladies osseuses et articulaires	79
11.1.	La maladie de Paget.....	79
11.1.1.	Définition	79
11.1.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget ...	80
11.1.3.	Prise en charge en odontologie.....	80
11.2.	L'ostéoporose.....	81
11.2.1.	Définition	81
11.2.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose.....	81
11.2.3.	Prise en charge en odontologie.....	81
11.3.	Les polyarthrites rhumatoïdes PR.....	82
11.3.1.	Définition	82
11.3.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de PR.....	82
11.3.3.	Prise en charge en odontologie	83
11.4.	Le rhumatisme articulaire aigu RAA.....	83
11.4.1.	Définition	83
11.4.2.	Traitement, répercussions buccales et risque lié a le RAA	84
11.4.3.	Prise en charge en odontologie	84
11.5.	Les prothèses articulaires.....	85
11.5.1.	Définition	85
11.5.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels liées à la prothèse articulaire.....	85
11.5.3.	Prise en charge en odontologie	86
12.	Trouble psychiatrique /psychologique et handicap	86
12.1.	Dépression	86
12.1.1.	Définition	86
12.1.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de dépression	87
12.1.3.	Prise en charge en odontologie	87
12.2.	Toxicomanie	88
12.2.1.	Définition	88
12.2.2.	Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie.....	89
12.2.3.	Prise en charge en odontologie.....	89
12.3.	Troubles du spectre de l'autisme (TSA).....	90
12.3.1.	Définition	90

TABLE DES MATIÈRES

12.3.2. Répercussions buccales et particularités du patient autiste	91
12.3.3. Prise en charge en odontologie	91
12.4. Trouble du développement intellectuel.....	92
12.4.1. Définition	92
12.4.2. Répercussions buccales chez le déficit mental.....	92
12.4.3. La prise en charge en odontologie.....	93
12.5. Déficit moteur	93
12.5.1. Définition.....	93
12.5.2. Prise en charge en odontologie.....	93
13. Patient atteint du COVID.....	94
13.1. Principales séquelles observées	94
13.2. Complications organiques possibles	94
13.2.1. Prise en charge des patients post-COVID	94
CHAPITRE III : RISQUE LIÉ A UN ETAT PHYSIOLOGIQUE PARTICULIER.....	92
1. Grossesse et allaitement.....	95
1.1. Définition.....	95
1.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la grossesse.....	95
1.3. Prise en charge en odontologie	96
1.3.1. Prise en charge de la femme enceinte.....	96
1.3.2. Prise en charge de la femme allaitante.....	97
2. Patients âgés.....	99
2.1. Définition.....	99
2.2. Répercussion buccales et particularités des patients âgés.....	99
2.3. Prise en charge en odontologie.....	99
CHAPITRE IV : LES PATIENTS SOUS MÉDICATION A RISQUE.....	97
1. Patients sous radiothérapie cervico-faciale.....	100
1.1. Définition.....	100
1.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie.....	100
1.3. Prise en charge en odontologie.....	101

TABLE DES MATIÈRES

2. Patients sous chimiothérapie.....	102
2.1. Définition.....	102
2.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie.....	103
2.3. Prise en charge en odontologie.....	103
3. Patients sous les modificateurs de la réponse biologique : interleukines, interférons, hormonothérapie	105
3.1. Définition.....	105
3.2. Prise en charge en odontologie	105
4. Patients sous Bisphosphonates (BPS).....	105
4.1. Définition.....	105
4.2. Répercussions buccales et risques potentiels du BPS	106
4.3. Prise en charge en odontologie.....	106
5. Patients sous antirésorbeurs osseux (hors bisphosphonates).....	108
5.1. Définition.....	108
5.2. Prise en charge en odontologie	108
6. Patients sous thérapies ciblées.....	108
6.1. Définition.....	108
6.2. Prise en charge en odontologie	109
7. Les patients sous corticothérapie.....	110
7.1. Définition.....	110
7.2. Indications des corticoïdes	110
7.3. Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie.....	111
7.4. Prise en charge en odontologie.....	111
8. Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes	112
9. Les antithrombotiques	112
9.1. Antiagrégant plaquettaire	113
9.1.1. Définition	113
9.1.2. Traitements, répercussions buccale et risques potentiels du patient sous AAP.....	113
9.1.3. Prise en charge en odontologie	113

TABLE DES MATIÈRES

9.2. Anticoagulants	114
9.2.1 Anti-vitamine K.....	114
9.2.1.1. Définition.....	114
9.2.1.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des patients sous AVK.....	115
9.2.1.3. Prise en charge en odontologie.....	115
9.2.2. Anticoagulants non AVK.....	117
9.2.2.1. Définition.....	117
9.2.2.1.1. Anticoagulants Oraux Directs (AOD).....	117
9.2.2.1.2. Héparine :.....	117
9.2.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des patients sous AC NON AVK.....	118
9.2.2.3. Prise en charge en odontologie.....	118
 PARTIE PRATIQUE.....	115
 1. Cas clinique N°01	120
2. Cas clinique N°02	124
3. Cas clinique N°03	127
4. Cas clinique N°04	130
 CONCLUSION GÉNÉRALE.....	129
BIBLIOGRAPHIE.....	130
ANNEXES.....	150
RÉSUMÉ.....	155
ABSTRACT.....	156

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'infection.....	3
Tableau 02 : Précautions d'emploi et contre-indications face aux vasoconstricteurs.....	6
Tableau 03 : Contre-indications et précautions concernant les techniques d'anesthésies buccales.....	7
Tableau 04 : Classification de l'angor stable par rapport à la contrainte causée	16
Tableau 05 : La classification de l'IDM par la Société Européenne de Cardiologie.....	16
Tableau 06 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies coronarienne.....	17
Tableau 07 : Prise en charge des maladies coronarienne	19
Tableau 08 : Classification de l'insuffisance cardiaque selon La NYHA	20
Tableau 09 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance cardiaque.....	20
Tableau 10 : Prise en charge d'insuffisance cardiaque	21
Tableau 11 : Classification de l'HTA selon la ESH et la ESC.....	22
Tableau 12 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'HTA.....	22
Tableau 13 : Prise en charge de l'HTA.....	23
Tableau 14 : Evaluation des actes buccodentaires et antibioprophylaxie	26
Tableau 15 : Modalités de l'antibioprophylaxie	27
Tableau 16 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies	29
Tableau 17 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies	30
Tableau 18 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies.	32
Tableau 19 : Les différents types du diabète selon la Classifications de l'OMS.....	33
Tableau 20 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du diabète sucré.....	34
Tableau 21 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du diabète insipide....	37
Tableau 22 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie.	38
Tableau 23 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Hyperparathyroïdie	40
Tableau 24 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Hypoparathyroïdie	41
Tableau 25 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du syndrome de cushing	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 26 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison et du Phéochromocytome.....	44
Tableau 27 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme.....	46
Tableau 28 : Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO	47
Tableau 29 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques	53
Tableau 30 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer.....	57
Tableau 31 : La conduite à tenir en odontologie selon les stades de la démence de la MA....	57
Tableau 32 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la MP.....	58
Tableau 33 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie.....	60
Tableau 34 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC	63
Tableau 35 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des l'HIV et SIDA.....	64
Tableau 36 : Actes invasifs et non invasifs.....	66
Tableau 37 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite virale.....	67
Tableau 38 : Conduite à tenir en fonction des valeurs hématologiques du patient hépatique.	68
Tableau 39 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du Cirrhose, insuffisance hépatique.....	70
Tableau 40 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Ulcère gastroduodéal.....	72
Tableau 41 : Les différents stades de l'IRC.....	74
Tableau 42 : Traitement, répercussions, et risques potentiels de l'insuffisance rénale chronique	75
Tableau 43 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des MICI.....	77
Tableau 44 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la SEP	78
Tableau 45 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget.	80
Tableau 46 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose.....	81
Tableau 47 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de PR	82
Tableau 48 : Traitement, répercussions buccales et risque lié a le RAA	84
Tableau 49 : Traitements, risques potentiels liés à la prothèse	85
Tableau 50 : Traitement ; répercussions buccales et risques potentiels de dépression	87
Tableau 51 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie.....	89
Tableau 52 : Répercussions buccales et particularités du patient autiste.....	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 53 : Répercussions buccales chez le déficit mental.....	92
Tableau 54 : Les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels liés à la grossesse.....	95
Tableau 55 : Précautions vis-à-vis des prescriptions d'antibiotiques en odontologie	97
Tableau 56 : Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie	98
Tableau 57 : Répercussions buccales et particularités des patients âgés	99
Tableau 58 : Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie.....	100
Tableau 59 : Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie [7].....	103
Tableau 60 : Répercussions buccales et risques potentiels liés au BPS [7].	106
Tableau 61 : Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie [7, 245]	111
Tableau 62 : Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes	112
Tableau 63 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du patient sous AAP	113
Tableau 64 : Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des patients sous AV.	115
Tableau 65 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des patients sous AC non AVK.....	118
Tableau 66 : Risques potentiels rencontrés.....	122
Tableau 67 : Risques potentiels rencontrés.....	126
Tableau 68 : Risques potentiels rencontrés.....	129
Tableau 69 : Risques potentiels rencontrés.....	132

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 01 : Artères coronaires	15
Figure 02 : Lésion ecchymotique du palais dur	17
Figure 03 : Structure des valves cardiaques.....	28
Figure 04 : Hyperplasie gingivale due aux inhibiteurs calciques.....	31
Figure 05 : Accroissement gingival	50
Figure 06 : Garçon nigérien de sept ans avec une tumeur de la mâchoire traitée par antibiotiques.....	51
Figure 07 : Progression de la MA	56
Figure 08 : Les facteurs favorisant les crises d'épilepsie.....	60
Figure 09 : Type d'AVC.....	62
Figure 10 : Cirrhose hépatique	69
Figure 11 : L'ulcère gastroduodénal	72
Figure 12 : Altérations parodontales et Pâleur des muqueuses.....	75
Figure 13 : Prothèse complète de genou	85
Figure 14 : Epulis mandibulaire chez une femme enceinte.....	95
Figure 15 : Caries chez un patient traité par radiothérapie cervico-faciale	101
Figure 16 : Ostéoradionécrose mandibulaire droite.....	101
Figure 17 : Conduite à tenir en fonction des valeurs hématologiques du patient sous chimiothérapie.....	104
Figure 18 : Conduite à tenir sur la prise en charge odontologique des patients traités par interleukines, interférons, hormonothérapie	105
Figure 19 : Ostéonécrose chez un patient traité par bisphosphonates	106
Figure 20 : Examen endo-buccal avant DSR	120
Figure 21 : Radiographie panoramique.....	121
Figure 22 : Avis de l'oncologue.....	121
Figure 23 : FNS.....	122
Figure 24 : Résultat post DSR.....	123
Figure 25 : Lettre d'orientation	124
Figure 26 : Examen endo-buccal avant DSR	125
Figure 27 : Radiographie panoramique.....	125
Figure 28 : Avis du cardiologue	126
Figure 29 : Résultat post DSR.....	127

LISTE DES FIGURES

Figure 30 : Examen endo-buccal avant le détartrage.....	128
Figure 31 : Avis de l'endocrinologue	128
Figure 32 : Bilan diabétique.....	129
Figure 33 : Résultat après détartrage.....	130
Figure 34 : Lettre d'orientation	130
Figure 35 : Examen endo-buccal avant DSR	131
Figure 36 : Examen radiologique	132
Figure 37 : Prescription d'un antibiotique de couverture	132
Figure 38 : Résultat post DSR.....	133

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **A** : Absence (dans indice CAO).
- **AAP** : Anti-agrégant plaquettaire / agents antiplaquettaires.
- **AAS** : Acide Acétylsalicylique.
- **AC** : Anticoagulant.
- **ADA** : American Dental Association.
- **ADH** : Hormone antidiurétique.
- **ADN** : Acide Désoxyribonucléique.
- **AES** : Accident d'exposition au sang.
- **AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (ancienne appellation de l'ANSM).
- **AINS** : Anti-inflammatoire non stéroïdien.
- **AIS** : Anti-inflammatoire stéroïdien.
- **ALAT** : Alanine aminotransférase.
- **ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- **ANTIGÈNE HBE** : Antigène, marqueur de réplication virale active.
- **ANTIGÈNE HBS** : Antigène de surface du virus de l'hépatite B.
- **AOD** : Anticoagulants oraux direct.
- **ASAT** : Aspartate aminotransférase.
- **ATB** : Antibiotique.
- **ATCD** : Antécédents.
- **ATM** : Articulation temporo mandibulaire.
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral.
- **AVK** : Antivitamine K.
- **BPS** : Bisphosphonate.
- **BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.
- **C** : Caries (dans indice CAO).
- **CD4** : Cluster of Differentiation 4.
- **CHU** : Centre hospitalo-Universitaire.
- **CI** : Contre indiqué.
- **CIM** : Classification international des maladies.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **COMT** : Inhibiteurs de la Catéchol -O] Méthyl -Transférase.
- **COVID** : Coronavirus Disease.
- **Cp** : Comprimé.
- **DFG** : débit de filtration glomérulaire.
- **dl** : Décilitre.
- **DMO** : Densité Minérale Osseuse.
- **DSR** : Détartrage et surfaçage radiculaire.
- **EI** : Endocardite infectieuse.
- **ESC** : European Society of Cardiology / Société Européenne de Cardiologie.
- **ESH** : Société Européenne d'Hypertension.
- **ex** : Exemple.
- **Fig** : Figure.
- **G (ou g)** : Gramme.
- **GB** : Globules blancs.
- **GY** : Gray.
- **H (ou h)** : Heure.
- **HAS** : Haute autorité de santé.
- **Hb** : Hémoglobine.
- **HbA1c** : Hémoglobine glyquée.
- **HBD** : Hygiène bucco-dentaire.
- **HBPM** : Héparine de Bas Poids Moléculaire.
- **HER** : Human Epidermal growth factor Receptor.
- **HNF** : Héparine non fractionnée.
- **HO** : Hypotension orthostatique.
- **HTA** : Hypertension artérielle.
- **IC** : Insuffisance Cardiaque.
- **IDM** : Infarctus de Myocarde.
- **IEC** : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion.
- **IFN** : Interféron.
- **IL** : Interleukine.
- **IMAO** : Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase.
- **INR** : Index normalized ratio.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **IRC** : Insuffisance rénale chronique.
- **IRSNA** : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
- **ISRS** : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapteur de la Sérotonine.
- **IV** : Intraveineux.
- **J** : Jour.
- **Kg** : Kilogramme.
- **KIT** : Inhibiteurs de la tyrosine kinase.
- **L** : Litre.
- **LA** : Leucémie aigüe.
- **LABA** : Long Acting Beta Agonist (Bronchodilatateurs à longue durée d'action)
- **LAL** : Leucémie aigues Lymphoïde.
- **LAM** : Leucémie aigues myéloïdes.
- **LLC** : Leucémie lymphoïde chronique.
- **LSD** : Lysergic acid diethylamide.
- **LT3** : Liothyronine.
- **LT4** : Lévo-T4 ou Lévothyroxine.
- **LTCD4** : Lymphocytes T Cluster de Différenciation 4.
- **M** : Mètre.
- **MA** : Maladie d'Alzheimer.
- **MAOB** : Monoamine oxydase de type B.
- **MCV** : Maladies cardiovasculaires.
- **MEOPA** : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyte d'Azote.
- **Mg (ou mg)** : Milligramme.
- **ml (ou ml)** : Millilitre.
- **MICI** : Maladies inflammatoires chroniques intestinales.
- **min** : Minute.
- **MMSE** : Mini -Mental State Examination.
- **MP** : Maladie de Parkinson.
- **MTOR** : Mammalian Target of Rapamycin.
- **MTX** : Méthotrexate.
- **NACO** : Nouveaux anticoagulants oraux.
- **NFS** : Numération formule sanguine.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **NYHA** : New York Heart Association.
- **OCN** : Ostéochimionécrose.
- **OMS** : Organisation mondiale de la Santé.
- **ONM** : Ostéonécrose des mâchoires.
- **ORN** : Ostéoradionécrose.
- **PA** : Pression artérielle.
- **PAD** : Pression artérielle diastolique.
- **PAS** : Pression Artérielle Systolique.
- **PEC** : Prise en charge.
- **PNN** : Polynucléaire Neutrophile.
- **PR** : Polyarthrite rhumatoïde.
- **PTH** : Parathormone.
- **RAA** : Rhumatisme articulaire aigu.
- **RCMI** : Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité.
- **rhPTH** : Parathormone humaine recombinante.
- **SAMU** : Service d'Aide Médical Urgent.
- **SCC** : Société Canadienne de Cardiologie.
- **SEP** : Sclérose en plaques.
- **SFCO** : Société Française de Chirurgie Orale.
- **SIDA** : syndrome d'immunodéficience acquise.
- **SNC** : Système nerveux central.
- **TAR** : Traitement antirétroviral.
- **TAVI** : Transcatheter Aortic Valve Implantation.
- **TDI** : Trouble du développement intellectuel.
- **TED** : Trouble envahissant du développement.
- **TCA** : Temps de céphaline activé.
- **TDI** : Trouble du développement intellectuel.
- **TNF** : Tumor Necrosis Factor.
- **TP** : Taux de Prothrombine.
- **TRT** : Traitement.
- **TS** : Temps de saignement.
- **TSA** : Troubles du spectre de l'autisme.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **VADS** : Voies aérodigestives supérieures.
- **VGM** : Volume globulaire moyen.
- **VHB** : Virus de l'hépatite B.
- **VHC** : Virus de l'hépatite C.
- **VII** : Le virus de l'immunodéficience humaine.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les patients dits « à risque » – c'est-à-dire ceux présentant une ou plusieurs pathologies médicales diagnostiquées ou suspectées, traitées ou non – occupent une place croissante dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste. En tant que professionnel de santé, ce dernier ne doit pas se limiter à la seule promotion de la santé bucco-dentaire. Il doit jouer un rôle actif dans le dépistage, l'évaluation et parfois même l'orientation thérapeutique de certaines affections médicales générales [1].

Pour garantir la sécurité des soins, le praticien a la responsabilité d'identifier ces patients à risque et d'évaluer les complications potentielles auxquelles ils peuvent être exposés lors d'un acte dentaire. Cela implique une bonne connaissance des pathologies générales et de leurs interactions possibles avec les traitements dentaires.

Les avancées médicales ont permis une meilleure compréhension des maladies systémiques et une amélioration de la prise en charge globale des patients. Toutefois, il demeure complexe de prévoir avec précision les effets d'un acte dentaire sur l'état général d'un patient. La notion de prise en charge globale reste donc essentielle. Elle repose sur l'idée que les pathologies générales, ou leurs traitements, peuvent avoir des répercussions sur la cavité buccale et influencer le plan de traitement odontologique. À l'inverse, des foyers infectieux dentaires ou parodontaux, même minimes, peuvent avoir des conséquences systémiques graves.

Ce mémoire a pour objectif de rappeler, de manière accessible et pratique, certaines connaissances indispensables à la prise en charge des patients à risque. Il aborde la prévention des complications, les conduites à tenir, et s'appuie sur les dernières recommandations scientifiques disponibles, afin de permettre une décision thérapeutique juste, adaptée et sécurisée.

CHAPITRE I
RAPPEL SUR LES
DIFFÉRENTS RISQUES
MÉDICAUX EN
ODONTOSTOMATOLOGIE

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

En odontologie, un patient à risque est défini comme une personne présentant une probabilité élevée de survenue d'un événement indésirable lors d'une intervention dentaire, notamment chirurgicale, par rapport à la population générale. Ce risque accru peut être dû à des maladies générales (comme des cardiopathies, diabète, immunodépression), à des traitements médicaux antérieurs, à des déficiences congénitales ou acquises, à des facteurs liés au mode de vie (hygiène, tabac, alcool...), ou encore à des situations spécifiques (grossesse, allaitement, patient âgé) [2].

Les principaux risques rencontrés en odontologie, et qui seront abordés dans ce chapitre, sont multiples. L'objectif est de passer en revue les risques les plus fréquents ainsi que les principales situations d'urgence auxquelles le praticien peut être confronté.

1. Les risques médicaux les plus rencontrés en odontologie

1.1 Risque infectieux

La cavité buccale constitue une source majeure de bactériémie. Selon l'état pathologique ou les traitements du patient, un risque infectieux local ou à distance peut survenir. L'ANSM distingue trois catégories de patients dits « à risque infectieux » [3, 4].

1.1.1. Patients immunodéprimés

L'immunodépression peut être primitive ou secondaire à une maladie ou un traitement.

- Pathologies associées

Diabète déséquilibré, infection VIH, neutropénie, hémopathies malignes, insuffisance rénale chronique, cirrhose hépatique, etc.

- Traitements associés

Corticothérapie prolongée (>8 jours à plus de 10 mg/jour de prednisone équivalent), thérapies biologiques ciblées, chimiothérapie [5].

1.1.2. Patients à risque d'endocardite infectieuse

D'après la Haute Autorité de santé (HAS, 2024), trois types de cardiopathies sont considérés à haut risque :

- Antécédents d'endocardite infectieuse.
- Prothèses valvulaires ou anneaux prothétiques.
- Cardiopathies congénitales cyanogènes [3, 6].

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

1.1.3. Patients à risque d'ostéonécrose

Ce risque peut être spontané ou provoqué. Il faut distinguer :

- Ostéonécroses chez les patients sous bisphosphonates ou autres antirésorbeurs osseux.
- Ostéoradionécroses chez les patients ayant reçu une radiothérapie des maxillaires [2].

1.1.4. Cas particulier des patients porteurs d'une prothèse articulaire [7]

Les patients porteurs de prothèses articulaires (telles que les prothèses de hanche ou de genou) représentent une situation particulière. Bien que ces dispositifs puissent, dans de rares cas, s'infecter, aucune preuve scientifique solide n'a établi un lien direct entre une infection prothétique et une origine bucco-dentaire. En conséquence, les recommandations actuelles ne préconisent pas l'utilisation systématique d'une antibioprophylaxie avant la réalisation d'actes dentaires, donc la décision de prescrire ou non une antibioprophylaxie repose sur l'évaluation clinique du praticien, qui reste l'unique arbitre en fonction du contexte médical du patient.

Par rapport au risque infectieux, il convient de distinguer les actes invasifs et non invasifs, qui orientent la conduite à tenir. Cependant, pour tous les patients, que leur risque infectieux soit augmenté ou non, les précautions standards d'hygiène devront être respectées [2].

1.1.5. Actes invasifs et non invasifs

Tableau 01 : Classification des actes thérapeutiques selon la prédisposition à l'infection [3,8]

Les actes invasifs	Les actes non invasifs
– Tout acte impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région péri-apicale de la dent.	– Actes de prévention non sanglants.
– Cas d'effraction de la muqueuse orale (sont exclues les anesthésies locales et locorégionales).	– Soins conservateurs et prothétiques non sanglants.
	– Pose de prothèses amovibles.
	– Prise de radiographies dentaires intrabuccales.
	– Dépose de points de sutures.
	– Anesthésies locales et locorégionales.

À noter qu'un acte invasif de longue durée présente un risque infectieux plus important qu'un acte invasif de courte durée.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

- Évaluation du risque infectieux

L'évaluation du risque infectieux doit aussi prendre en compte des facteurs comme une mauvaise hygiène bucco-dentaire, le tabagisme, l'alcoolisme et le vieillissement, qui augmentent ce risque [10].

L'immunodépression d'un patient peut être évaluée par deux marqueurs biologiques spécifiques :

- Le taux de lymphocytes totaux qui est normalement compris entre 1500 et 4000/mm³.
- Le taux de polynucléaires neutrophiles qui est normalement compris entre 1500 et 7500/mm³ [10].

1.2. Le risque hémorragique [7, 11, 12].

1.2.1. Définition

Le risque hémorragique correspond à la probabilité de survenue d'un saignement anormal, spontané ou provoqué, notamment après un acte dentaire. Ce risque peut être d'origine congénitale (ex : hémophilie, maladie de Von Willebrand) ou acquis (ex. : leucémie, insuffisance hépatique, traitements médicamenteux).

Le risque hémorragique peut être lié à une perturbation de :

- L'hémostase primaire : AAP, thrombopénie, thrombopathies.
- L'hémostase secondaire (la coagulation) : traitement anticoagulant (AVK, héparine, AOD), leucémie, hémophilie...

1.2.2. Évaluation du risque hémorragique

L'évaluation du risque hémorragique repose sur plusieurs facteurs combinés :

- L'origine du risque (pathologie sous-jacente ou traitement en cours).
- La nature de l'acte dentaire envisagé (invasif ou non), La présence éventuelle d'une inflammation locale.
- La compliance du patient au traitement ainsi que son autonomie, et surtout, les résultats biologiques. Parmi ces derniers, on évalue :
 - Le taux de prothrombine (TP) et l'INR (International Normalized Ratio) chez les patients sous antivitamines K (AVK).

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

- Le temps de céphaline activée avec kaolin (TCA ou TCK) chez les patients sous héparine, les hémophiles ou ceux atteints de la maladie de Von Willebrand.

À noter que l'aspirine, bien qu'elle puisse augmenter le risque hémorragique, ne nécessite pas de contrôle biologique préalable avant un acte dentaire.

1.3. Le risque médicamenteux

Les prescriptions faites par le médecin dentiste peuvent présenter des risques :

- Interaction médicamenteuse (miconazole avec AOD et sulfamides hypoglycémiants, IMAO et Tramadol, ...)
- Interaction avec une maladie générale : (risque de décompensation par exemple AINS et ulcère gastrique ...)
- Toxicité : par un défaut de métabolisme ou élimination du médicament par exemple chez les insuffisants rénaux ...

L'évaluation du risque médicamenteux se fait en détectant l'information au questionnaire comme la présence d'une allergie ainsi que le bilan de la fonction hépatique et rénale [7].

1.4. Le risque lié au traitement

Certains traitements médicamenteux ou thérapeutiques exposent les patients à des complications particulières en contexte de soins dentaires. Ces traitements peuvent induire des modifications métaboliques, une suppression de l'immunité ou une altération des mécanismes de cicatrisation, ce qui les rend particulièrement sensibles aux actes invasifs. On distingue principalement : (Les anti thrombotique, corticothérapie, Traitement anticancéreux...)

1.5. Le risque anesthésique

Le risque anesthésique en odontostomatologie désigne la possibilité d'événements indésirables ou de complications survenant suite à l'administration d'une anesthésie locale ou locorégionale durant les soins dentaires [13].

Il peut être liée à :

- La molécule anesthésique

Le choix de la molécule utilisée doit être adapté au patient, ex ; chez la femme enceinte, Privilégier l'articaine et éviter la mépivacaïne.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

- Toxicité

Due aux anesthésiques locaux, est dose dépendante et fonction du poids. Quand la dose maximale est dépassée des signes neurologiques apparaissent (tremblement, frissons, contractures musculaires). Il ne faut pas dépasser 300 mg d'anesthésique par séance (Ce qui correspond à environ 8 à 9 cartouches de 1,8 ml à 2 %, mais la recommandation courante est plutôt de ne pas dépasser 5 cartouches pour des raisons de sécurité) [14].

- Les vasoconstricteurs

Il existe certaines contre-indications à leur utilisation en odontologie.

Tableau 02 : Précautions d'emploi et contre-indications face aux vasoconstricteurs

Utilisation déconseillée ou précautions d'emploi recommandées	Contre-indications
<ul style="list-style-type: none">- Os irradié à plus de 40 GY.- Asthme sévère ou atypique.- Affections cardiovasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies).- Certains traitements (IMAO non sélectifs, antidépresseurs tricycliques).	<ul style="list-style-type: none">- Consommation de cocaïne depuis moins de 24 h.- Arythmies non contrôlées.- Angines de poitrine instables.- Infarctus les 6 derniers mois.- Phéochromocytome.

- Les interactions médicamenteuses

Chez les patients sous antidépresseurs tricycliques, il est recommandé d'éviter l'utilisation de noradrénaline avec les anesthésiques locaux en raison du risque accru d'effets secondaires cardiovasculaires. L'adrénaline peut être utilisée avec précaution, en réduisant la dose injectée à un tiers de la dose normale pour limiter les complications [15].

Les patients sous bêtabloquants cardio-sélectifs peuvent recevoir des anesthésies locales avec vasoconstricteur (adrénaline au 1 / 200 000). Chez les patients recevant des bêtabloquants non sélectifs, il est recommandé d'utiliser des solutions anesthésiques les plus faiblement dosées en vasoconstricteur. voire de les éviter complètement [16].

Il n'existe pas de contre-indication à l'administration d'anesthésique local avec vasoconstricteur à des patients sous IMAO sélectifs.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

- Les techniques d'anesthésie

L'utilisation de plusieurs techniques d'anesthésie locale ou locorégionale est contre-indiquée ou déconseillée chez certains patients.

Tableau 03 : Contre-indications et précautions concernant les techniques d'anesthésies buccales [7]

Terrain	Contre-indication/précautions
Patient à haut risque d'endocardite infectieuse	Anesthésie intra-ligamentaire sous antibioprophylaxie
Radiothérapie cervico-faciale de plus de 40 grays	Anesthésie intra-ligamentaire et intra-septale contre-indiquées en secteurs irradiés
Déficit en facteur de coagulation (hémophilie, maladie de Von Willebrand...)	Anesthésies locorégionales contre-indiquées
Traitement par agents antiplaquetaires ou par anticoagulants, patient avec un TP < à 50 %	Anesthésies locorégionales déconseillées
Arythmie non contrôlée	Anesthésie intra-osseuse avec vasoconstricteurs déconseillée
Insuffisance rénale chronique et dialyse	Anesthésie intra-ligamentaire à éviter
Affections pulmonaires obstructives chroniques	Éviter toute anesthésie locorégionale bilatérale simultanée.

1.6. Risques physiologiques

Les trois principaux risques physiologiques auxquels le chirurgien-dentiste peut être confronté sont la grossesse, l'allaitement et la personne âgée.

Ces états physiologiques nécessitent des précautions dans la pratique quotidienne : syndrome cave, passage de médicaments dans le lait maternel, effet de la sénilité [7].

1.7. Risque lié au stress [17, 18].

Le risque lié au stress en dentisterie pour le patient désigne les effets négatifs du stress et de l'anxiété dentaire sur sa santé, son comportement et la qualité des soins reçus. Ce stress peut être déclenché par la peur des soins dentaires, des douleurs, des expériences passées négatives ou même par l'environnement du cabinet dentaire (bruits, odeurs, instruments).

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

Le stress influence négativement la santé bucco-dentaire à plusieurs niveaux. Il pousse certains patients à éviter les soins, laissant évoluer des pathologies simples vers des situations complexes et douloureuses, tout en impactant l'esthétique et la confiance en soi. Lors des traitements, le stress active des réactions physiologiques (tachycardie, hyperventilation...) pouvant être risquées, notamment chez les patients à risque. Il augmente aussi la perception de la douleur, réduit l'efficacité des anesthésiques et complique la coopération, rendant les soins plus longs et moins précis.

À long terme, le stress chronique affaiblit le système immunitaire, ralentit la cicatrisation, aggrave les maladies parodontales, et favorise des troubles comme le bruxisme ou les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. Des prises en charge comme la sédation (MEOPA), la distraction, les techniques de relaxation, un suivi personnalisé et la collaboration pluridisciplinaire permettent d'en limiter les effets.

2. Accidents et situations d'urgence

2.1. Le risque syncopal

La syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance, brutale et brève spontanément résolutive, avec disparition du tonus postural, suivie d'une récupération spontanée. Elle est due à une hypoperfusion cérébrale globale et passagère et qui peut durer de quelques secondes à 1 ou 2 minutes [19]. Les signes cliniques sont : pâleur, sueurs, évanouissement, bouffés de chaleur, nausées, troubles visuels

Le risque syncopal est plus grand chez les personnes âgées ou ayant des pathologies sévères (hypertension artérielle HTA, diabète, cardiopathies,). On peut distinguer 3 types de syncopes selon l'origine :

- Réflexe : vasovagale, situationnelle (douleur, toux...).
- Hypotension orthostatique : médicaments (antihypertenseurs, vasodilatateurs, psychotropes, hypoglycémiants...).
- Cause cardiovasculaire : arythmies, tachycardies ...

L'évaluation du risque syncopal en prenant compte de : l'origine (plus grave quand elle est liée à une cardiopathie) et la fréquence de survenue.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

2.2. La crise hypertensive

Une crise hypertensive est une élévation soudaine et sévère de la pression artérielle, généralement au-delà de 180/110 mmHg. Elle se divise en deux catégories [20] :

- **Urgence hypertensive** : augmentation des chiffres tensionnels avec atteinte d'organes.
- **Poussée hypertensive** : augmentation des chiffres tensionnels sans atteinte d'organes.

Les symptômes peuvent inclure des maux de tête, des étourdissements, des troubles visuels, des douleurs thoraciques et un essoufflement [20].

2.3. Hypotension orthostatique

C'est une hypotension qui survient quand on passe rapidement d'une position assise à une position debout. Elle se traduit par une sensation de tête qui tourne, une vision floue, voire une chute ou une perte de connaissance [7].

Une hypotension orthostatique peut être :

- Secondaire Aux médicaments : antihypertenseurs, vasodilatateurs. A une hypovolémie : déshydratations...
- D'origine neurogène : maladie de Parkinson, diabète, insuffisance rénale, néoplasique, infectieuse (VIH...).

2.4. Risque hypoglycémique

L'hypoglycémie correspond à une glycémie trop basse (inférieure à 0,7 g/L). Elle se manifeste par des symptômes tels que sueurs, pâleur, faim intense, tremblements, vision floue et sensation de faiblesse.

Le risque de survenue d'une hypoglycémie concerne Les diabétiques traitées par insuline et sulfamides hypoglycémiantes.

2.5. Risque de décompensation aigue d'une affection chronique

Un patient atteint d'une pathologie chronique peut, sous l'effet du stress ou de la douleur, déclencher un accident aigue. Ce type d'accident survient principalement quand la maladie n'est pas équilibrée. Il s'agit par exemple du patient asthmatique, HTA, syndrome coronarien, etc ... [7].

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

2.6. Le risque allergique

L'allergie est définie comme une réaction de défense excessive et non désiré du système immunitaire en réponse à des substances normalement inoffensives (allergènes) [21].

Le patient peut présenter différentes allergies :

- Allergie aux médicaments : qui sont prescrits comme la pénicilline...
- Allergie à l'anesthésie : essentiellement liée au produit de conservation du vasoconstricteur ajouté aux anesthésiques locaux (sulfite).
- Allergie aux produits utilisés par le médecin dentiste : latex, métaux, monomère de résine, etc. Concernant l'allergie au latex, les praticiens doivent être particulièrement vigilants aux allergies alimentaires déclarées par le patient, En effet, il existe une allergie croisée entre le latex et certains aliments d'origine végétale comme la banane, le kiwi, l'avocat, (présence d'antigènes communs entre le latex et ces aliments) [7].

3. Les risques limitant la prise en charge des patients à risque en cabinet dentaire

3.1. Limites professionnelles

- Manque de formation : manque de formation médicale de certains gestes spécialisés (un chirurgien-dentiste qui échoue un geste d'implantologie).

3.2. Limites liées aux matériels et organisationnels

- Absence ou insuffisance de matériel d'urgence : chariot d'urgence incomplet dans le cabinet dentaire afin de réaliser un soin en toute sécurité ; moyens locaux d'hémostase non disponibles pour assurer la prise en charge d'un patient à risque hémorragique ; absence de dispositifs pour monitorer les constantes vitales.
- Accessibilité physique : locaux non accessibles aux personnes à mobilité réduite Absence de fauteuil adapté pour les patients en surcharge pondérale ou en perte d'autonomie.
- Gestion de temps : la première consultation notamment l'anamnèse à la recherche d'antécédents du patient, des différentes thérapeutiques en cours, de rédiger les courriers d'orientation au médecin traitant prend du temps, certains gestes doivent être reportés par la nécessité de consulter le médecin traitant ou la prescription d'une antibioprofylaxie.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

3.3. Limites légales et juridiques

- Respect des champs de compétence du chirurgien-dentiste et responsabilités en cas de complications.
- Le dentiste doit respecter les préconisations recommandées par le médecin traitant et se concerter en pluridisciplinaire pour les modifications, car il peut être tenu civilement et pénalement responsable s'il n'a pas évalué ou adapté sa prise en charge.
- Obligation d'obtenir le consentement du patient éclairé, le praticien doit informer le patient du parcours de soin et des éventuelles risques encourus, obtenir le consentement oral et écrit avant tout acte et sa traçabilité dans le dossier médical.
- Tout patient à risque ne pouvant être pris en charge doit être orienté, sans délai, vers un confrère disposant des compétences et autorisations nécessaires.

- Obligation de respecter le code de déontologie médicale

- Respecter le secret médical, l'éthique et la législation de pratique médicale.

3.4. Limites liées au patient

- Limites d'adhésion à la prise en charge : certains patients peuvent avoir des difficultés à suivre les consignes médicales ou de comprendre le risque lié au soin d'où la nécessité de prendre plus de temps pour mieux leurs expliquer et assurer une bonne observance au traitement.

4. Le cabinet dentaire

Pour une meilleure prise en charge des patients à risque, et avant même d'aborder l'examen clinique ou les modalités thérapeutiques spécifiques à chaque pathologie, il est essentiel de respecter certains principes fondamentaux dans la conception et l'organisation du cabinet dentaire.

L'accès au cabinet dentaire constitue la première étape du parcours de soin et doit être pensé pour accueillir tous les profils de patients, notamment ceux à mobilité réduite. L'entrée doit idéalement se situer au rez-de-chaussée où être desservie par un ascenseur conforme aux normes en vigueur. Une rampe d'accès, une porte automatique et un espace de manœuvre d'au moins 1,50 m de diamètre permettent le passage et la circulation aisée d'un fauteuil roulant. Ces aménagements garantissent une accessibilité optimale et traduisent une volonté d'accueil inclusif dès l'arrivée du patient.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

Le secrétariat, point d'accueil principal, joue un rôle essentiel d'orientation et d'information. Il doit offrir une ambiance rassurante, avec des couleurs douces (par exemple, un vert pastel), et un comptoir accessible aux personnes en situation de handicap, positionné à une hauteur de 0,70 m. Cet aménagement favorise la communication, réduit l'anxiété des patients et crée un climat de confiance dès les premiers instants.

La salle d'attente, dans la continuité de cet accueil, participe activement à la gestion du stress préopératoire. Elle doit être propre, bien ventilée, dotée d'un éclairage tamisé et équipée de mobilier confortable, sans angles vifs, afin de prévenir les risques de blessures, notamment chez les patients à risque hémorragique. L'ambiance peut être apaisée par la diffusion d'une musique douce ou de sons naturels (comme le bruit de l'eau), contribuant ainsi à diminuer la tension des patients avant les soins.

La salle de soins, cœur de l'activité clinique, doit être ergonomique, propre et bien organisée. Un éclairage focalisé sur la zone opératoire, un mobilier facilement désinfectable, et un agencement permettant une circulation fluide de l'équipe soignante sont indispensables. L'utilisation de tiroirs à ouverture sans contact et d'un fauteuil réglable améliore à la fois l'hygiène et le confort du patient, réduisant son stress pendant les soins.

La salle de stérilisation, espace technique stratégique, doit être située à proximité des salles de soins tout en étant strictement séparée pour éviter tout risque de contamination croisée. Son organisation suit un circuit précis : zone sale (réception des instruments), zone de nettoyage et de désinfection, puis zone propre, jusqu'à la zone stérile. Cette disposition permet de respecter les protocoles d'hygiène rigoureux imposés en milieu dentaire.

Le sanitaire ne doit pas être négligé : il doit répondre aux normes d'hygiène et d'accessibilité. Un espace propre, ventilé, muni d'un lave-mains, de distributeurs de savon et d'essuie-mains à usage unique, est requis. L'installation de barres d'appui, d'un espace suffisant pour un fauteuil roulant, d'un robinet à commande sans contact et d'une chasse d'eau automatique permet de prévenir les contaminations croisées et d'assurer une meilleure autonomie pour tous les patients.

Enfin, l'ensemble de la structure du cabinet dentaire doit répondre à des critères stricts de sécurité, d'hygiène et de confort. Les murs doivent être recouverts de matériaux lavables et résistants, les sols antidérapants, faciles à entretenir et accessibles, et les plafonds idéalement insonorisés et simples à nettoyer. Ces éléments participent à la création d'un environnement fonctionnel, rassurant et adapté à la prise en charge de patients souvent fragiles.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

5. Spécificité de la prise en charge en odontologie des patients à risque

Les auteurs observent souvent une certaine négation des problèmes de la sphère orofaciale par rapport aux maladies générales bien plus invalidantes. Un examen clinique de cette partie sera présenté en annexe 1 afin d'orienter la prise en charge.

5.1. Examen général

- **Le motif de consultation** : doit être abordé en premier pour instaurer la confiance et définir les priorités thérapeutiques [23].

- **L'anamnèse médicale** : avant tout traitement dentaire, même en urgence, il est crucial de réaliser une anamnèse complète pour évaluer l'état de santé général du patient et sa condition actuelle, ce qui permet de minimiser les risques pendant les soins. Bien que des auto-questionnaires soient courants, un interrogatoire oral mené par le praticien est recommandé pour vérifier et compléter les informations. En cas de doute, il est important de consulter le médecin traitant ou des spécialistes pour des précisions supplémentaires. L'anamnèse médicale inclut un questionnaire détaillé pour analyser les risques d'interactions médicamenteuses, le stade de la maladie et ses effets secondaires, et, si nécessaire, il convient de contacter le médecin avant d'entamer les soins [22, 23].

Et en se basant sur ces données, on décidera si on prend le patient en milieu hospitalier ou en cabinet dentaire.

Lors de l'anamnèse bucco-dentaire : Il est crucial de recueillir les doléances, souffrances et problèmes du patient, ainsi que ses attentes vis-à-vis du traitement. Il faut également s'informer sur l'historique des soins dentaires, y compris la cicatrisation des interventions passées et les douleurs postopératoires éventuelles. Cette étape permet d'évaluer le suivi dentaire du patient en récapitulant les traitements antérieurs, la date du dernier contrôle, ainsi que ses habitudes d'hygiène buccodentaire et la présence de parafonctions, si applicable.

5.2. Examen clinique proprement dit

L'examen clinique ne se limite pas à la recherche de lésions carieuses ou de maladies parodontales. Il peut se diviser en 3 parties : l'examen exo-buccal, l'examen endo-buccal et les examens complémentaires.

Chapitre I : Rappel sur les différents risques médicaux en odontostomatologie

5.2.1. Examen clinique exo-buccal

L'examen clinique exo-buccal est crucial pour identifier des signes de pathologies potentielles. Il inclut une inspection visuelle de la face pour évaluer la symétrie et détecter des anomalies cutanées ou des tuméfactions. La palpation des muscles faciaux, des articulations temporo-mandibulaires (ATM) et des ganglions lymphatiques est également essentielle pour détecter des adénopathies ou des arthralgies.

5.2.2. L'examen endo-buccal

L'examen clinique endo-buccal chez les patients à risque implique une inspection minutieuse de la cavité buccale. Il commence par l'observation des tissus mous, tels que les gencives, la muqueuse buccale, la langue et le palais, pour détecter toute lésion ou anomalie. La palpation du plancher buccal et des glandes salivaires est également cruciale pour identifier des gonflements ou des nodules. En ce qui concerne le parodonte, l'examen inclut l'évaluation de l'inflammation gingivale, la mobilité dentaire et le sondage parodontal pour détecter des poches parodontales. Chez les patients à risque d'infections graves, comme ceux présentant un risque d'endocardite infectieuse, des précautions supplémentaires doivent être prises, telles que l'antibioprophylaxie lors du sondage parodontal.

5.2.3. Les examens complémentaires

Chez les patients à risque, les examens complémentaires en odontostomatologie sont essentiels pour évaluer les risques médicaux potentiels. Ils incluent des radiographies pour évaluer les structures dentaires et péri-dentaires ; des clichés extra-oraux : panoramique dentaire, intra oraux : rétro-alvéolaire, examens biologiques : numérotation formule sanguine, ainsi que des tests de laboratoire pour identifier des problèmes sous-jacents, comme des troubles hémorragiques ou infectieux.

CHAPITRE II
RISQUE LIÉ A UNE
PATHOLOGIE

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires MCV sont un ensemble de troubles qui affectent le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles constituent une des principales causes de mortalité dans le monde, représentant environ 30 % des décès globaux selon l'organisation mondiale de la santé [24]. Parmi les MCV les plus fréquentes, on peut citer : les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque, l'HTA, l'endocardite infectieuse, les arythmies, les valvulopathies.

1.1. Les maladies coronariennes

1.1.1. Définition

La maladie coronarienne apparaît lorsqu'il y a une obstruction des artères coronariennes par une plaque d'athérome, ce qui entraîne une diminution de l'apport en oxygène au niveau du cœur. Ce défaut d'oxygénation entraîne l'apparition de :

- L'insuffisance coronarienne chronique nommée angor stable ou angine de poitrine.
- L'insuffisance coronarienne aiguë nommée angor instable ou infarctus du myocarde (IDM) [7, 25, 26].

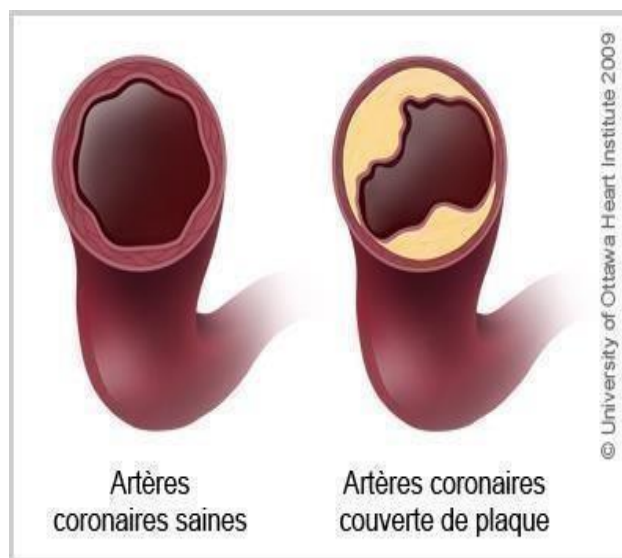


Figure 01 : Artères coronaires [37]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

La Société Canadienne de Cardiologie (SCC) publie la classification de l'angor stable par rapport à la contrainte causée.

Tableau 04 : Classification de l'angor stable par rapport à la contrainte causée [7,26]

Classe I	L'activité quotidienne n'est pas réduite, l'angor est provoqué par un effort prolongé.
Classe II	Il existe une limitation discrète des activités quotidiennes. L'angor survient à la marche rapide ou en montagne, lors d'émotions au réveil.
Classe III	Activité limitée d'une façon importante, l'angor est provoqué au moindre effort.
Classe IV	Impossibilité d'exercer une activité sans avoir de douleur.

L'European Society of Cardiology (ESC) différencie cinq catégories d'IDM.

Tableau 05 : La classification de l'IDM par la Société Européenne de Cardiologie [27, 36]

Classe I	IDM spontané.
Classe II	IDM secondaire à un déséquilibre entre apports et besoins en oxygène du myocarde.
Classe III	IDM suivi de décès de patient.
Classe IV	IDM associé à une angioplastie ou une thrombose de stent.
Classe V	IDM associé à un pontage coronaire.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies coronariennes

Tableau 06 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies coronarienne [1, 7, 28, 29]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
<ul style="list-style-type: none">- Bétabloquants.- Inhibiteurs calciques.- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).- AAP.- Trinitrine.- Activateurs des canaux.- Dérivés nitrés calcique.- Statines.	<ul style="list-style-type: none">- Lésions hémorragiques : Pétéchies, Purpura, Bulles hémorragiques- Hypersialie.- Réactions lichénoïdes.- Dysgueusie.- Xérostomie.- Dues à la maladie Lors d'une crise d'angor, il peut y avoir une douleur irradiante au niveau de la mandibule ainsi que des sensations de brûlures palatines et linguales.	<ul style="list-style-type: none">- Risque hémorragique liés aux AAP.- Risque anesthésique.- Médicamenteux (risque d'interactions).- Risque de syndrome coronarien aigu ou d'hypotension orthostatique.- Syncope.



Figure 02 : Lésion ecchymotique du palais dur [30]

1.1.3. Prise en charge en odontologie [1, 7, 25, 31].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

La prise en charge repose sur l'évaluation de la stabilité de l'angor ainsi que sur le délai depuis un éventuel infarctus du myocarde. Il est donc recommandé de valider ces éléments auprès du médecin traitant.

Limiter le stress et la douleur, facteurs déclenchants d'une tachycardie pouvant entraîner une angine de poitrine, est essentiel. Pour cela :

- Établir une relation de confiance avec le patient permet de réduire l'anxiété.
- Une prémédication sédatrice, comme les benzodiazépines, ou l'inhalation de MEOPA peut être utilisée pour atténuer l'anxiété : (Atarax 50mg ou Valium 5 mg 2 cp la veille et 2 cp 1 heure avant l'acte ; ne pas intervenir chez un patient fatigué ou à jeun).
- Si le patient a de la trinitrine prescrite comme traitement de crise, il doit l'avoir avec lui durant les soins.
- Une anesthésie locale efficace et durable est indispensable pour prévenir la douleur peropératoire. La dose limite de vasoconstricteurs à ne pas dépasser est de quatre cartouches dosées à 1/200 000 d'adrénaline maximum par séance [1, 7, 25, 31].

Il existe quelques interactions médicamenteuses à éviter avec le traitement contre l'IDM ou l'angor :

- La prescription d'AINS ou de corticoïdes peut induire une baisse de l'activité de certains médicaments cardiovasculaires (IEC, inhibiteur calcique).
- Les macrolides sont déconseillés chez les patients traités par statines, tandis que la plupart des antifongiques azolés sont contre-indiqués en raison du risque accru de myopathie et de rhabdomyolyse lié à l'inhibition du métabolisme hépatique des statines [7].

Selon les différentes classes d'angor et le délai de dernier IDM, la prise en charge du patient diffère.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 07 : Prise en charge des maladies coronarienne [32, 33]

Selon les différentes classes d'angor, la prise en charge du patient diffère		
Classe I	Tous les soins sont possibles à condition d'assurer une bonne analgésie pour éviter le stress.	
Classe II		
Classe III	Le dentiste doit consulter le cardiologue ou le médecin traitant pour évaluer la faisabilité des soins en cabinet	
Classe IV	La prise en charge doit obligatoirement se faire en milieu hospitalier	
Selon le délai du dernier IDM, la prise en charge du patient diffère		
IDM ≥ 6 mois	Tous les soins sont possibles avec une bonne analgésie	
IDM entre 30 jours et 6 mois	Avec comorbidités	Seuls les soins urgents, en milieu hospitalier
	Sans comorbidités	Avis du cardiologue pour évaluer les soins en cabinet
IDM < 30 jours	Prise en charge exclusivement hospitalière	

En cas de survenue de syncope lors d'un soin [34] :

- **Arrêter le soin immédiatement.**
- **Position de décubitus dorsal.**
- **Assurer la vacuité des voies aérodigestives supérieures (VADS), en 1 à 2 min le patient devrait reprendre conscience.**
 - **En cas de persistance : appeler les secours, en attendant passer à la ventilation artificielle en utilisant un ballon auto-remplisseur.**
 - **En cas d'aggravation et d'apparition d'une mydriase bilatérale et convulsion : réaliser une ventilation et un massage cardiaque à base de 5 compressions thoraciques et 1'insufflation.**

1.2. L'insuffisance cardiaque

1.2.1. Définition

L'insuffisance cardiaque est définie par les recommandations européennes de 2016 comme un syndrome clinique caractérisé par des signes fonctionnels (dyspnée, œdème, asthénie), accompagnés de signes physiques (turgescence jugulaire, crépitations, œdèmes périphériques) causés par une anomalie cardiaque structurelle ou fonctionnelle, résultant en une altération du débit cardiaque et/ou une élévation des pressions intracavitaires au repos ou à l'effort.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Si la plupart des cardiopathies ne sont pas détectées ou traitées à temps, elles peuvent aboutir à l'IC, qui est le résultat final de ces maladies [35].

La New York Heart Association (NYHA) a proposé une classification de l'IC selon la gravité de la pathologie.

Tableau 08 : Classification de l'insuffisance cardiaque selon La NYHA [7, 36]

Classe I	Aucun Symptôme, ni de limitation d'activités.
Classe II	Symptômes légers : légère limitation de l'activité physique.
Classe III	Symptômes modérés : limitation marquée de l'activité physique.
Classe IV	Symptômes sévères : dyspnée au repos.

1.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance cardiaque

Tableau 09 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance cardiaque [7, 36]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
<ul style="list-style-type: none">- Traitement initial : diurétique de l'anse, IEC bêtabloquants, antagoniste de l'angiotensine.- Parfois associé à : anti aldostérone, dispositif cardiovasculaire implantable.	<ul style="list-style-type: none">- Xérostomie.- Hyposialie.- Réactions lichénoïdes.- Altération du goût.- Toxidermies ulcéreuses.	<ul style="list-style-type: none">- Risque hémorragique si le patient est sous AAP, AC.- Anesthésique : limiter la dose maximale de vasoconstricteurs.- Médicamenteux.- Décompensation aiguë et hypotension orthostatique.

1.2.3. Prise en charge en odontologie

Pour un patient souffrant d'IC, il n'y a pas d'acte chirurgical contre indiqué ; cependant, il est indispensable de s'assurer de la stabilité de la pathologie.

Selon les différents stades d'IC, la prise en charge du patient diffère.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 10 : Prise en charge d'insuffisance cardiaque

Classe I	Tous les soins sont possibles avec une bonne analgésie pour éviter le stress.
Classe II	
Classe III	L'avis du cardiologue est nécessaire pour évaluer la faisabilité des soins en cabinet
Classe IV	Prise en charge exclusivement en milieu hospitalier.
Classe V	

Le médecin dentiste est confronté à plusieurs risques lorsqu'il prend en charge un patient souffrant d'IC :

- **Le risque hémorragique** : si le patient est traité par AAP ou AC. Dans ce cas, un protocole d'hémostase locale (voir chapitre IV PEC des patients sous anti-thrombotiques).
- **Le risque anesthésique** : il ne faut pas dépasser la dose de vasoconstricteur maximale, car cela peut provoquer une décompensation de la maladie.
- **Le risque médicamenteux** : il faut faire attention à la prescription des AIS et AINS, qui peut induire une baisse d'activité de certains médicaments (bétabloquant, IEC, antagonistes de l'angiotensine II).

- **Alternatives analgésiques**

Privilégier le paracétamol, éventuellement associé à des opioïdes faibles pour les douleurs modérées à sévères.

Interférences électromagnétiques : Les dispositifs cardiaques implantables, tels que les pacemakers et les défibrillateurs, peuvent être sensibles aux interférences électromagnétiques. L'utilisation du bistouri monopolaire est déconseillée, au profit du bipolaire. De même, les détartreurs magnétiques peuvent perturber temporairement le fonctionnement de ces dispositifs, d'où la nécessité de précautions spécifiques.

Pour éviter une hypotension orthostatique en fin de soins, il faut redresser lentement le patient à la fin du rendez-vous. En effet, les traitements antihypertenseurs augmentent le risque de ce genre d'incidents. Si des symptômes tels que des céphalées et pâleurs, douleurs thoraciques apparaissent durant le soin, le chirurgien-dentiste doit y mettre fin immédiatement et contacter le SAMU car il y a un risque de malaise ou de syncope [1, 7, 29, 25].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.3. L'hypertension artérielle HTA

1.3.1. Définition

L'hypertension artérielle (HTA) est définie comme une augmentation chronique et persistante de la tension artérielle :

- Pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm de mercure (mmHg).
- Pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm de mercure (mmHg).

L'HTA est un facteur de risque cardio-vasculaire. Les soins dentaires peuvent être à l'origine d'une poussée hypertensive et entraîner des complications importantes [38].

La Société européenne d'hypertension (ESH) et la Société européenne de cardiologie (ESC) publient cette classification de l'HTA en 2018.

Tableau 11 : Classification de l'HTA selon la ESH et la ESC [39]

	Pression artérielle systolique PAS	Pression artérielle diastolique PAD
Normale	120-129 mmHg	80-84 mmHg
Normale Haute	130-139 mmHg	85-89 mmHg
HTA légère Classe I	140-159 mmHg	90-99 mmHg
HTA légère Classe II	160-179 mmHg	100-109 mmHg
HTA sévère Classe TV	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg

1.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'HTA

Tableau 12 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'HTA [7]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques
-Bétabloquants. -IEC. -Antihypertenseurs.	-Hyposialie, xérostomie.	-Hémorragique. -Anesthésique. -Médicamenteux.
-IEC. -Diurétiques.	-Réactions lichénoïdes.	-Crise d'hypertension.
-IEC.	-Hyperplasie gingivale. -Altération du goût.	-Hypotension orthostatique.
- Antagonistes de l'angiotensine.	-Toxidermie ulcéreuse.	

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.3.3. Prise en charge en odontologie

Tableau 13 : Prise en charge de l'HTA

Patient hypertendu équilibré	Peut être traité comme un patient non hypertendu mais en prenant en compte deux risques : <ul style="list-style-type: none">– Interactions médicamenteuses.– Risque d'hypotension orthostatique.
Patient hypertendu non équilibré	Le stress et la douleur peuvent provoquer une poussée hypertensive, les traitements antihypertenseurs peuvent provoquer une hypotension orthostatique → Limiter la dose totale de vasoconstricteurs.

Si durant les soins le patient ne se sent pas bien (céphalées, vertiges, troubles de la vue ou acouphènes,) il faut suspecter une crise hypertensive.

Le chirurgien-dentiste doit faire face à plusieurs risques lorsqu'il prend en charge un patient souffrant d'HTA :

- Le risque hémorragique : peropératoire causé par l'élévation de la pression artérielle.
- Le risque anesthésique : il ne faut pas dépasser la dose de vasoconstricteur maximale. L'anesthésie doit être injectée de façon lente et réalisée après un test d'aspiration pour éviter l'injection intravasculaire responsable d'une tachycardie.
- Le risque médicamenteux :
 - Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par diurétiques lorsqu'ils sont âgés et/ou déshydratés (risque d'insuffisance rénale aiguë).
 - Lors de la prescription d'AINS ou de corticoïdes chez les patients traités pour une hypertension artérielle, il faut recommander une surveillance accrue de la pression artérielle à l'aide d'un appareil d'auto mesure (diminution possible de l'effet antihypertenseur de certains traitements).
- Le risque de crise hypertensive et d'hypotension orthostatique : A la fin du rendez-vous, il faut redresser lentement le patient afin d'éviter une crise d'hypotension orthostatique. En effet, les traitements antihypertenseurs augmentent le risque de ce genre d'incident. Si des symptômes tels que des céphalées et pâleurs, apparaissent durant le soin, le chirurgien- dentiste doit soupçonner une crise hypertensive, mettre fin au soin immédiatement et contacter le SAMU. Une crise hypertensive est une urgence médicale car cela peut entraîner un accident vasculaire cérébral (AVC) [7, 29, 39, 40].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- **Conduite à tenir en cas de crise d'hypertension [41] :**
 - **Arrêt des soins.**
 - **Toujours mesure de la PA.**
 - **Le patient doit être mit au repos dans une chambre sombre et au calme en position assise.**

- **Si persistance :**
 - **Appeler le SAMU.**
 - **Oxygénation du malade (si c'est une femme enceinte).**

La plupart des antihypertenseurs utilisés à long terme ne peuvent pas être utilisés dans la crise hypertensive cars ils n'agissent qu'après plusieurs heures [7].

- **Conduite à tenir en cas d'hypotension orthostatique (HO) :**
 - **Toujours relever le patient lentement dans le cadre de la prévention.**
 - **Des médicaments vasoconstricteurs et hypertenseurs peuvent être administrés, la phényléphrine (sympathomimétique), Etiléphrine, Gutron®.**
 - **Boire des bouillons salés (effet hypertenseur).**
 - **En cas de persistance appeler le SAMU [42].**

1.4. L'endocardite infectieuse

1.4.1. Définition

L'endocardite infectieuse est une maladie grave due à la prolifération sur le revêtement interne du cœur de bactéries présentes dans le sang. Cette prolifération peut altérer le fonctionnement des valves cardiaques et conduire à une infection généralisée de l'organisme (septicémie) [43].

- **Les patients à haut risque de survenue d'EI [6]**
 - Antécédent d'endocardite infectieuse.
 - Patients porteurs de prothèses valvulaires ou de matériel prothétique utilisé pour une réparation valvulaire cardiaque, qu'il soit implanté par voie chirurgicale ou percutanée (ex. : TAVI, clip valvulaire).
 - Patients avec cardiopathie congénitale complexe :
 - Cardiopathie cyanogène complexe (ex. : ventricule unique, syndrome d'Eisenmenger).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Cardiopathie traitée avec du matériel prothétique (ex. : anastomose systémico-pulmonaire, tube prothétique), jusqu'à 6 mois après l'intervention ou à vie en cas de shunt résiduel.
 - Patients porteurs de pompe d'assistance ventriculaire.
- **Les patients à risque intermédiaire de survenue d'EI [6]**
- Patients avec une anomalie morphologique et/ou une dysfonction (fuite, insuffisance, régurgitation ou rétrécissement) d'une ou plusieurs valves cardiaques (aortique, mitrale, pulmonaire, tricuspide).
 - Patients atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive.
 - Patients ayant une cardiopathie congénitale non classée à haut risque.
 - Patients porteurs de dispositifs de stimulation cardiaque avec sonde intracardiaque (ex. : pacemaker, défibrillateur).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 14 : Evaluation des actes buccodentaires et antibioprofylaxie [6]

<p>Actes invasifs contre indiqué chez les patients à haut risque d'EI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> –Coiffage pulpaire en denture permanente mature. –Pulpectomie des dents temporaires. –Toute technique de chirurgie avec utilisation d'une membrane de régénération osseuse. –Tout traitement de péri implantite.
<p>Actes invasifs autorisés chez les patients à haut risque d'EI nécessitant une antibioprofylaxie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anesthésie : Éviter en première intention : anesthésie sur site inflammatoire, intraligamentaire, ostéocentrale. 2. Endodontie / Soins conservateurs : Actes comme pulpotomie, pulpectomie, traitements endodontiques (adulte/enfant) sans membrane de régénération osseuse. 3. Parodontologie : Détartrage, surfaçage, chirurgie des gencives (gingivectomie, allongement coronaire, traitement des poches) sans membrane. 4. Chirurgie orale : Extractions, biopsies, frénectomies, exérèse de lésions bénignes, dégagement orthodontique, corticotomies sans membrane. 5. Implantologie : Pose d'implants, piliers de cicatrisation, chirurgie pré-implantaire sans membrane. 6. Orthodontie : Mini-vis/plaque d'ancrage, stripping. 7. Traumatologie dentaire : Tout soin lié aux traumatismes, y compris réimplantation de dents permanentes.
<p>Actes non invasifs chez les patients à haut risque d'EI ne nécessitant pas d'antibioprofylaxie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> –Anesthésie locale en site non inflammatoire. –Radiographie intrabuccale. –Préparation prothétique. –Pose d'une digue dans un contexte de gencive non inflammatoire. –Soins restaurateurs sans atteinte pulpaire. –Prise d'empreinte. –Mise en place et dépose de dispositifs orthodontiques collés ou scellés supra-gingivaux. –Dépose des fils de suture.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.4.2. Prise en charge en odontologie

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) concernant la prise en charge des patients à haut risque d'endocardite infectieuse, qui ont été mise à jour en octobre 2024 [6].

La prophylaxie de l'EI repose sur deux volets :

- Un volet de mesures générales de prévention concernant l'ensemble des patients.
- Un volet médicamenteux : antibioprofylaxie avant certains gestes dentaires invasifs.

Tableau 15 : Modalités de l'antibioprofylaxie [6]

	Situation	Molécules	Adultes	Enfants
Absence d'allergie à la pénicilline	Voie orale	Amoxicilline	2g per os	50 mg/kg
	Voie parentérale (IV)	Amoxicilline Ou Céfazoline	2 g IV/IM 1 g IV	50 mg/kg
En cas d'allergie	Voie orale	Azithromycine Ou Pristinamycine	500 mg per os 1 g per os	20 mg/kg 25mg/kg
	Voie parentérale (IV)	Céfazoline	1 g IV	50mg /kg

Tout d'abord, il faut savoir que la prise en charge dépend de la cardiopathie associée, selon qu'elle soit à haut risque ou non d'EI. Une prise en charge particulière s'adresse uniquement aux patients à haut risque d'endocardite ; certains actes sont proscrits et d'autres ne peuvent être faits qu'avec une administration d'antibiotique au préalable (Tableau n°14).

La prévention de l'EI repose sur l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation du patient et la collaboration entre spécialistes.

L'antibioprofylaxie n'est recommandée que pour les patients à haut risque d'EI (prothèse valvulaire, antécédent d'EI, cardiopathie congénitale, assistance ventriculaire) avant certains gestes dentaires invasifs (Tableau n°14).

Elle doit être prise en dose unique dans l'heure précédant le geste invasif susceptible d'entraîner une bactériémie (Tableau n°15).

Si le patient ne prend pas son traitement avant l'acte, le praticien réalise les soins nécessaires suivis de la prise de l'antibioprofylaxie dans les 2 heures suivant l'acte.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Réaliser un bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 % ou 0,20 %) pendant une minute avant le geste. En cas d'allergie, utiliser de la povidone iodée à 10 % ou du peroxyde d'hydrogène dilué à 3 % en solution.

Le médecin dentiste précise sur l'ordonnance que les antibiotiques de l'antibioprophylaxie doivent être dispensés à l'unité par le pharmacien, afin d'éviter l'automédication et le gaspillage.

Espacer d'au moins 3 semaines les séances itératives nécessitant une antibioprophylaxie. S'il n'est pas possible, il est recommandé, dans la mesure du possible, de changer de classe d'antibiotique pour la deuxième séance en utilisant un autre antibiotique recommandé.

Un suivi bucco-dentaire est essentiel pour prévenir l'endocardite infectieuse : il doit être semestriel pour les patients à haut risque, et annuel pour ceux à risque modéré.

1.5. Les cardiopathies valvulaires

1.5.1. Définition

Les cardiopathies valvulaires désignent des atteintes d'une ou plusieurs valves du cœur. Celles-ci peuvent soit mal s'ouvrir ; on parle alors de rétrécissement valvulaire, soit mal se fermer, ce qui correspond à une insuffisance valvulaire. Ces altérations ne régressent jamais, mais peuvent s'aggraver parfois très lentement, parfois rapidement [44].

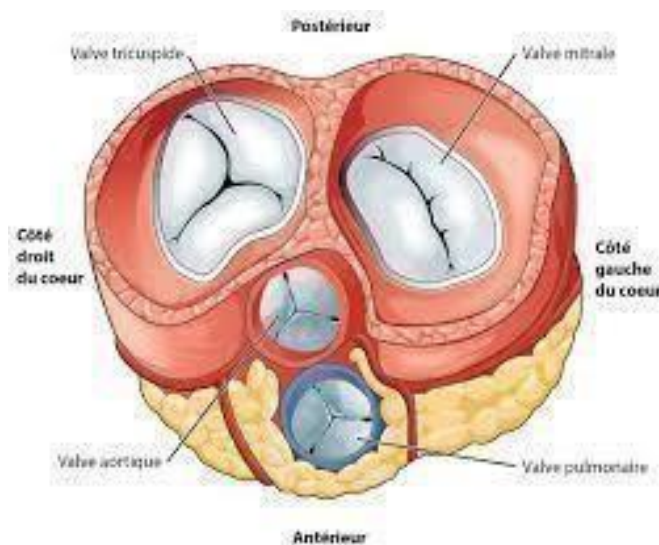


Figure 03 : Structure des valves cardiaques [45]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.5.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies

Tableau 16 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des valvulopathies
[1,44]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
-Chirurgicale : cathétérisme interventionnel, prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse). -Médicamenteux : traitements AC chez les patients avec des régurgitations, antiarythmiques en cas de fibrillation, digitaliques, diurétiques.	-Cyanose et coloration bleuté (due à l'hypoxémie). -Anomalies de croissance et d'éruption de la première dentition.	-Infectieux (EI). -Hémorragique. -Syncopal. -Anesthésique. -Médicamenteux.

1.5.3. Prise en charge en odontologie

- **Maîtriser le stress et la sédation préopératoire en cas de nécessité.**
- **Prévenir le risque hémorragique chez les patients sous AVK (INR de jour), contrôler le TS chez les patients sous aspirine.**
 - **Antibioprofylaxie : si le patient est sous antibiothérapie longue durée, changer la molécule.**
 - **Limiter les doses d'adrénaline, avec une anesthésie efficace.**
 - **Précautions lors de la prescription médicamenteuse, surtout vis-à-vis des vasodilatateurs (peuvent donner des céphalées et de la tachycardie). Éviter les AINS chez les patients sous anticoagulants. Éviter les barbituriques et les narcotiques [1].**

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.6. Trouble de rythme cardiaque

1.6.1. Définition

L'arythmie est un trouble du rythme cardiaque, consécutif à une anomalie de la fréquence des impulsions électriques cardiaques. Il existe plusieurs catégories d'arythmies, voici les principales : la bradycardie est un ralentissement du rythme cardiaque ; la tachycardie, qui peut être supraventriculaire ou ventriculaire, est une augmentation du rythme cardiaque, la fibrillation ventriculaire ou auriculaire est une mauvaise synchronisation entre les oreillettes et les ventricules ; l'extrasystole supraventriculaire ou ventriculaire est une contraction précoce d'une des cavités du cœur [7, 46, 47, 48].

1.6.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies

Tableau 17 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des arythmies [7,34, 49]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Non-médicamenteux – Ablation. – Dispositif cardiovasculaire implantable : Pacemaker (stimulateur cardiaque), Défibrillateur implantable. Médicamenteux : En fonction du type d'arythmie. - Anti-arythmique - Bêtabloquants. - Inhibiteurs calciques. - Digitaliques:), digitoxine. - Prévention des accidents thrombotiques AC : AVK ou héparines. - Nouveaux anticoagulants : dabigatran étexilate. - Agents antiplaquettaires : aspirine.	-Xérostomie. -Hyposialie. -Réactions lichénoïdes. -Lésions hémorragiques. -Hyperplasies gingivales. -Altération du goût.	– Hémorragique liés aux antiplaquettaires, anesthésique. – Médicamenteux lié aux interactions. – Risque de dysfonctionnement des appareils cardiovasculaire implantables. – Risque syncopale.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie



Figure 04 : Hyperplasie gingivale due aux inhibiteurs calciques [52]

1.6.3. Prise en charge en odontologie

Ces patients peuvent présenter un risque infectieux, si l'arythmie est associée à une pathologie cardiaque sous-jacente entraînant un risque d'endocardite infectieuse, auquel cas une antibioprofylaxie devra être prescrite selon l'acte (pec d'endocardite infectieuse).

Ils peuvent aussi présenter un risque hémorragique si des AC ou des AAP sont retrouvés dans leur traitement.

Chez les patients présentant une arythmie sévère, seuls les soins urgents seront réalisés, et en milieu hospitalier. Les patients porteurs d'un pacemaker ne doivent pas subir d'intervention avec utilisation d'un bistouri électrique unipolaire, bien que les risques soient de plus en plus faibles avec les dispositifs les plus récents. Il est recommandé d'utiliser le mode bipolaire du bistouri ou d'utiliser un bistouri à ultrasons, car ce dernier ne génère aucun courant électrique.

Éviter les injections intra-osseuses d'anesthésiques avec vasoconstricteurs chez les patients arythmiques (provoque une élévation plus importante du rythme cardiaque et de la pression artérielle) [1, 7, 25, 29, 50].

1.7. Les cardiomyopathies

1.7.1. Définition

La cardiomyopathie est une maladie qui affecte la structure et le fonctionnement du muscle cardiaque. C'est un état qui empêche le muscle cardiaque de pomper le sang efficacement. On les classe selon les anomalies structurales et fonctionnelles de myocarde : cardiomyopathie dilatée, hypertrophique, restrictive ou constrictive, arythmogénique de ventricule droit et cardiomyopathie non classées [52, 53].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

1.7.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies

Tableau 18 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des cardiomyopathies

[1]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
1- La forme congestive : prescription de glycosides, diurétiques, inhibiteurs calciques et vasodilatateurs.	Elles sont celles associées à l'insuffisance cardiaque. Elles peuvent être liées aux médicaments.	-Risque de mort subite par arrêt cardiaque. -Infectieux. -Difficultés respiratoires. -Hypotension orthostatique.
2- La forme hypertrophique : prescription de béta-bloquants...		
3- La forme restrictive : les chélateurs ou les diurétiques.		

1.7.3. Prise en charge en odontologie

L'usage de vasoconstricteur sera exclu chez les non contrôlés ou présentant des troubles de rythmes.

Respecter les règles de l'hémostase et les précautions chez les patients sous AC (voir prise en charge des patients sous anticoagulants).

Si des soins urgents s'imposent avant toute consultation médicale, les actes seront réduits au strict minimum.

Certaines prescriptions pouvant interférer sur les soins doivent être prises en considération en raison de leurs effets secondaires, dans tous les cas si des modifications doivent être envisagées, elles le seront en accord avec le praticien traitant.

Éviter les AINS chez les patients sous anticoagulants, éviter les barbituriques et les narcotiques [54-56].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

2. Les maladies métaboliques

2.1. Diabète sucré

2.1.1. Définition

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie, due à un déficit ou à une mauvaise utilisation de l'insuline, hormone régulant la glycémie.

Il favorise les infections (défenses immunitaires altérées) et entraîne des complications vasculaires : microangiopathie et macroangiopathie, à l'origine de troubles de la cicatrisation et de pathologies cardiovasculaires. [57].

Tableau 19 : Les différents types du diabète selon la Classifications de l'OMS

Le diabète type 1	Le diabète type 2	Le diabète gestationnel	Le diabète secondaire à Certaines pathologies
Le diabète de type 1 (autrefois appelé diabète insulino-dépendant ou juvénile) se caractérise par une production insuffisante d'insuline, laquelle doit être administrée quotidiennement [57].	Modifie la façon dont l'organisme utilise le glucose comme source d'énergie. L'organisme est incapable d'utiliser correctement l'insuline, ce qui peut entraîner une hyperglycémie et l'absence de traitement [57].	Le diabète gestationnel se caractérise par la survenue d'une hyperglycémie, c'est-à-dire d'une élévation de la concentration de glucose dans le sang au-dessus des valeurs normales mais à des valeurs inférieures à celles conduisant à poser le diagnostic de diabète [57].	Le diabète secondaire se caractérise par une hyperglycémie chronique due à un déficit en insuline ou à une résistance à son action, provoqués par une affection ou un traitement spécifique [58].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

2.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du diabète sucré

Tableau 20 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du diabète sucré

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
-Insuline : d'action rapide ou retardée. -Sulfamides hypoglycémiantes : glibenclamide (Daonil®), gliclazide (Diamicron®), glimepiride (Amarel®) ... -Biguanides : metformine (Glucophage®, Stagid®) ... [7].	- Augmentation de l'incidence et de la sévérité des maladies parodontales. - Xérostomie. - Augmentation du risque carieux. - Augmentation du risque d'infections bactériennes, virales et fongiques [7].	-Infectieux (immunodépression par perturbation des fonctions leucocytaires). -Médicamenteux (risque d'interaction médicamenteuses). -Accident hypoglycémique. -Cicatrisation difficile. -Présence de complications associées (cardiovasculaire, rénale et neurologique) [7].

2.1.3. Prise en charge en odontologie

✓ Précautions générales de la prise en charge d'un patient diabétique en odontologie

La prise en charge odontologique se base sur l'équilibre du diabète, adaptation des soins selon le contrôle glycémique :

- **Diabète équilibré (HbA1c ≤ 7 %) :** tous les soins peuvent être réalisés normalement.
- **Diabète modérément équilibré (HbA1c entre 7 et 8,5 %) :** soins envisageables avec précautions (stérilisation rigoureuse, hygiène renforcée, gestion du stress).
- **Diabète déséquilibré (HbA1c > 8,5 %) :** uniquement les soins d'urgence (pulpite, abcès, cellulite), en milieu hospitalier avec encadrement médical [59].

En complément de l'HbA1c, la mesure de la glycémie capillaire (à jeun ou postprandiale) est utile avant un acte chirurgical, notamment en cas d'absence de données récentes sur HbA1c, pour évaluer le risque infectieux. (60,61) Une glycémie à jeun < 1,26 g/L est généralement considérée comme acceptable pour la réalisation de soins dentaires, mais une évaluation individualisée reste indispensable pour limiter le risque infectieux [62, 63].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Limiter le stress du patient, avec par exemple une prémédication sédatrice, l'utilisation du MEOPA... [64].

Chez un patient diabétique insulino-dépendant, planifier les soins de préférence après un repas. Prévoir du glucose en cas de malaise hypoglycémique [64].

Les vasoconstricteurs sont autorisés si diabète équilibré ; préférer adrénaline 1/200 000, injection lente, surveillance clinique ; Technique injection de l'anesthésie doit être lente, atraumatique, pour éviter les pics de glycémie liés au stress.

✓ La prise en charge des risques encourus chez le patient diabétique en odontologie :

- Le risque infectieux :

Les manifestations du diabète favorisent l'apparition d'infections et ralentissent la cicatrisation. Ainsi, lorsque le diabète est équilibré, tous les soins dentaires peuvent être réalisés, sous réserve de respecter les précautions générales. En revanche, si le diabète est mal équilibré, tout acte invasif impliquant une cicatrisation muqueuse et/ou osseuse (comme les traitements parodontaux, endodontiques ou chirurgicaux) nécessite, en plus des précautions habituelles, la mise en œuvre d'un protocole anti-infectieux rigoureux.

Le protocole anti-infectieux :

- Prescrire une antibioprophylaxie dans l'heure qui précède les soins : 2g d'amoxicilline/ 600mg de clindamycine.
- Faire l'anesthésie à distance des foyers infectieux s'ils existent.
- Préserver au max les tissus environnants et suturer en rapprochant les berges si nécessaire.
- Poursuivre l'antibiotique (ATB) pendant la phase de cicatrisation muqueuse (7 à 10J).
- Déposer les fils de sutures après 7 à 10 jours avec contrôle de la cicatrisation muqueuse [59].

- Le risque hémorragique :

Le diabète peut entraîner une altération de l'hémostase primaire, notamment par des anomalies de la fonction plaquettaire (adhésion et agrégation réduites), une dysfonction endothéliale et une fragilité capillaire liée à la microangiopathie diabétique.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Par ailleurs, ces patients présentent fréquemment des comorbidités cardiovasculaires nécessitant un traitement par antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants, ce qui augmente le risque hémorragique en cas de geste invasif.

En odontologie, cela peut se traduire par des saignements prolongés lors d'extractions dentaires, chirurgies parodontales ou implantaires, ainsi qu'un retard de cicatrisation, surtout en cas de diabète mal équilibré.

Prise en charge préventive :

- Assurer un bon équilibre glycémique (HbA1c < 7 % idéalement).
- Réaliser une évaluation du traitement médicamenteux (anticoagulants, AAP).
- Renforcer les mesures d'hémostase locale : sutures, compresses hémostatiques, colles biologiques.
- Prévoir un suivi postopératoire rapproché pour anticiper les complications [59].

- **Le risque médicamenteux :**

Certains médicaments comme les corticoïdes, les AINS et les quinolones peuvent perturber la glycémie. Ils peuvent provoquer une hyperglycémie ou masquer les signes d'hypoglycémie. Il est essentiel de vérifier le traitement en cours avant tout soin [59].

- **Le risque de malaise hypoglycémique : doit être anticipé :**

Les signes d'alerte incluent confusion, sueurs, tremblements, asthénie, tachycardie. La conduite à tenir consiste à arrêter les soins, allonger le patient, libérer les voies aériennes, et administrer des sucres rapides per os si le patient est conscient, ou une injection IV de glucose en cas d'inconscience. En l'absence d'amélioration, le SAMU doit être contacté et les soins reportés [59].

- **Le risque de malaise hyperglycémique : plus rare**

Se manifeste par soif intense, douleurs abdominales et troubles visuels. Il nécessite une réhydratation orale, une éventuelle auto-administration d'insuline, et une orientation rapide vers le médecin traitant [59].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

2.2. Le Diabète insipide

2.2.1. Définition

Trouble rare de l'équilibre hydrique, causé par un déficit ou une résistance à l'ADH, entraînant une polyurie et une polydipsie, sans lien avec la glycémie (renommé en 2022 : résistance à l'arginine vasopressine). [65].

2.2.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels du Diabète insipide

Tableau 21 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du diabète insipide

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
La desmopressine [66].	- Xérostomie (sécheresse buccale) - Les caries - Les infections opportunistes (candidose) [66].	- Risque de déshydratation - Risque lié aux interactions médicamenteuses [66].

2.2.3. Prise en charge en odontologie

- **Vérifier le traitement en cours (desmopressine) et l'état d'hydratation du patient.**
- **Prévenir la déshydratation en assurant un accès à l'eau.**
- **Limiter le stress et planifier les soins de préférence après un repas.**
- **Collaborer avec le médecin traitant pour un suivi global.**
- **Maintenir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et prévenir les infections [65-67].**

3. Les maladies endocriniennes

3.1. Désordres Thyroïdien

3.1.1. Définitions

3.1.1.1. Hypothyroïdie

L'hypothyroïdie est une pathologie endocrinienne définie par une production insuffisante d'hormones thyroïdiennes, entraînant un ralentissement global du métabolisme. Elle peut être d'origine auto-immune (thyroïdite de Hashimoto), iatrogène ou congénitale [68].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

3.1.1.2. Hyperthyroïdie

L'hyperthyroïdie est une affection caractérisée par une sécrétion excessive d'hormones thyroïdiennes, provoquant une accélération du métabolisme. Elle est souvent causée par la maladie de Basedow ou des nodules toxiques [68].

3.1.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'hypothyroïdie et L'hyperthyroïdie

Tableau 22 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'hypothyroïdie et l'hyperthyroïdie.

Affection thyroïdienne	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Hypothyroïdie	La lévothyroxine (LT4), administrée en monothérapie. L'association LT4 + LT3 n'est pas recommandée en première intention [69].	- Lèvres épaissies. - Dysgueusie (altération du goût). - Voix rauque. - Respiration buccale. - Macroglossie (langue volumineuse). - Micrognathie (mâchoire inférieure réduite) [70, - 71].	Myxœdème : forme sévère d'hypothyroïdie pouvant entraîner un coma myxœdémateux, caractérisé par une hypotension, une bradycardie sévère, une hypothermie, une hyponatrémie et une hypoglycémie [72].
Hyperthyroïdie	Antithyroïdiens de synthèse : - Carbimazole (Néo-Mercazole®). - Propylthiouracile (Propylex®). - Benzylthiouracile (Basdene®) [7].	-Augmentation du flux salivaire. -Déminéralisation de l'os alvéolaire. -Susceptibilité accrue aux affections parodontales. -Brûlures linguales. -Exfoliation précoce des dents temporaires avec éruption anticipée des dents permanentes [7].	-Infectieux. -Hémorragique, -Anesthésique, -Crisethyrotoxique : douleurs abdominales ; fièvre et sudation ; délire ; fibrillation ventriculaire [73].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

3.1.3. Prise en charge en odontologie

- Précautions chez les patients hypothyroïdiens en médecine dentaire

Chez les patients atteints d'hypothyroïdie, plusieurs précautions doivent être prises lors de la prise en charge dentaire :

- **Anxiété et stress** : L'utilisation de sédatifs (dépresseurs du SNC) est déconseillée en raison de leurs effets exagérés et prolongés [74].
- **Risque infectieux** : Le risque de coma myxoedémateux impose une vigilance particulière face aux infections. Une antibiothérapie agressive est recommandée en cas d'infection, et une antibioprophylaxie doit être envisagée pour les actes chirurgicaux [74].
- **Prescription médicamenteuse** : Les analgésiques narcotiques, sédatifs et AINS doivent être utilisés avec prudence. Leur dosage doit être réduit en cas d'hypothyroïdie modérée et évité en cas de forme sévère [74].

- Précautions chez les patients hyperthyroïdiens en médecine dentaire

- **Anxiété et stress** : Sédation légère recommandée, soins de courte durée à programmer le matin chez le patient hyperthyroïdien [74].
- **Anesthésie** : Éviter les vasoconstricteurs chez les patients non ou mal contrôlés ; prudence avec les bêtabloquants [74].
- **Traitement médical** : Toute modification doit être concertée avec le médecin traitant ; surveillance de l'agranulocytose induite par les antithyroïdiens.
- **Risque infectieux** : Antibiothérapie agressive en cas d'infection ; antibioprophylaxie même chez les patients stabilisés lors des actes chirurgicaux [74].
- **Prescription** : Éviter les produits contenant de l'iode (povidone iodée, produits de contraste) [74].

3.2. Désordres parathyroïdiens

3.2.1. Définition

3.2.1.1. Hyperparathyroïdie

L'hyperparathyroïdie est une affection caractérisée par une sécrétion excessive de parathormone (PTH) par les glandes parathyroïdes, entraînant une élévation du taux de calcium dans le sang.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Elle se décline en plusieurs formes :

- Primaire : sécrétion excessive de PTH due à un trouble des glandes parathyroïdes
- Secondaire : l'hypocalcémie due à des troubles non parathyroïdiens induit une hypersécrétion chronique de PTH
- Tertiaire : sécrétion autonome de PTH non liée à la calcémie chez les patients présentant une hyperparathyroïdie secondaire de longue date [75].

3.2.1.2. Hypoparathyroïdie

L'hypoparathyroïdie est une affection rare caractérisée par une production insuffisante de PTH, entraînant une hypocalcémie (faible taux de calcium sanguin) et une hyperphosphatémie (taux élevé de phosphate) [76].

3.2.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels de l'Hyperparathyroïdie et l'Hypoparathyroïdie

Tableau 23 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Hyperparathyroïdie

Affection parathyroïdienne	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Hyperparathyroïdie	<ul style="list-style-type: none"> - Parathyroïdectomie (traitement curatif de référence). - Médicaments régulateurs de la PTH (ex. : cinacalcet) [77,78]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité dentaire à la mastication. - Résorption radiculaire. Pulpolithes. - Perte de la lamina dura. - Résorption de l'os cortical (mandibule et canal mandibulaire). - Diminution généralisée de la densité osseuse. - Tumeurs brunes (lésions à cellules géante) [73]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque médicamenteux : Prise de bisphosphonates expose à une ostéonécrose possible des maxillaires après chirurgie. - Risque hémorragique : Hypercalcémie pouvant altérer la fonction plaquettaire et entraîner des saignements postop. - Risque infectieux : Fragilité osseuse favorisant les foyers infectieux péri-apicaux ou complications postopératoires [79].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 24 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Hypoparathyroïdie

Affection parathyroïdienne	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Hypoparathyroïdie	<ul style="list-style-type: none"> - Supplémentation en calcium et vitamine D active (calcitriol ou alfacalcidol) pour corriger l'hypocalcémie. - Parfois PTH recombinante (rhPTH 1-84) dans les formes sévères ou mal contrôlées. - [80]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoplasie de l'émail. - Dentine mal minéralisée. - Pulpe dentaire volumineuse. - Retard d'éruption dentaire. - Susceptibilité accrue aux candidoses [73]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque médicamenteux : traitement par vitamine D active et calcium → surveiller risque d'hypercalcémie iatrogène locale. - Risque hémorragique : déséquilibre calcique pouvant altérer la coagulation locale et prolonger les saignements. - Risque infectieux : hypocalcémie perturbant la réponse immunitaire locale et favorisant les infections buccales. [81].

3.2.3. La prise en charge en odontologie

3.2.3.1. Hyperparathyroïdie

- Précautions à prendre lors des soins :

- Lors des soins bucco-dentaires ; aucune précaution particulière n'est nécessaire en cas d'hyperparathyroïdisme.
- Lors des manœuvres d'extractions difficiles, on doit toujours craindre des fractures spontanées. Les géodes osseuses se reconstituent très souvent et aucun curetage chirurgical n'est nécessaire.

- Précautions à prendre lors des prescriptions :

- Le furosémide (Laslix*) (diurétique) et la calcitonine : qui ne présente aucune interaction avec les médicaments généralement utilisés en odontologie, ni avec les anesthésiques locaux
- La cimétidine peut augmenter les effets sédatifs du Valium [73].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

3.2.3.2. Hypoparathyroïdie

- Précautions à prendre lors des soins :

- Des radiographies systématiques pour rechercher la présence des dents incluses, nodonties et des malformations des dents.

- L'hypoplasie de l'émail à l'origine d'une susceptibilité accrue à la carie donc des soins préventifs et une hygiène rigoureuse sont nécessaires.

- En cas d'utilisation d'anesthésie locale, l'hypoparathyroïdien peut faire une crise de Tétanie, il faut :

- Allonger le malade.
- Obtenir de la part du malade un contrôle de sa propre respiration.
- Envisager une thérapeutique médicamenteuse en cas de crise persistante : soit la Calcithérapie avec Chlorure de calcium (0.50 à 2g) en IV ou Glucanate de calcium (1 g) en IV ou IM, soit sédation centrale avec des benzodiazépines, Valium* (5 à 10 mg) en IM ou des Carbonates, Equanil* (400 mg) en IM.

- Précautions à prendre lors des prescriptions :

Les médicaments utilisés dans le TRT de l'hypoparathyroïdisme n'interfèrent pas, en général avec les produits utilisés en odontologie. Seulement, les possibilités d'inactivation de la Vit D par les barbituriques.

3.3. Désordres Surrénaux

Sont des anomalies qui touchent la glande surrénale, Essentiellement : Syndrome de cushing, l'insuffisance surrénalienne et le phéochromocytome.

3.3.1. Définition

3.3.1.1. Syndromes de Cushing

Désigne l'ensemble des manifestations cliniques liées à une exposition chronique excessive aux glucocorticoïdes, d'origine endogène (adénome hypophysaire, tumeur surrénalienne) ou exogène (traitement par corticoïdes) [82].

3.3.1.2. Insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison

- L'insuffisance surrénalienne correspond à une défaillance chronique de la sécrétion des hormones corticosurrénales, principalement le cortisol, souvent associée à une déficience en aldostérone.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Maladie d'Addison

La maladie d'Addison est la forme la plus fréquente d'insuffisance surrénalienne primaire, généralement due à une destruction auto-immune progressive des glandes surrénales, conduisant à une carence en glucocorticoïdes, minéralocorticoïdes et androgènes [84].

3.3.1.3. Phéochromocytome

Tumeur rare de la glande surrénale, sécrétant en excès des catécholamines (adrénaline, noradrénaline), entraînant des crises d'hypertension, palpitations et sueurs [85].

3.3.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels du syndrome de cushing, insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison et Le Phéochromocytome.

Tableau 25 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du syndrome de cushing

Désordres Surréaliens	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Syndrome de cushing	<p>Le traitement dépend de l'étiologie.</p> <p>La chirurgie trans- sphénoïdale est le traitement de référence en cas d'adénome hypophysaire.</p> <p>En cas de tumeur surrénalienne, la surrénalectomie est indiquée.</p> <p>Lorsque la chirurgie est impossible ou en attente, des médicaments comme le kétoconazole ou l'osilodrostat permettent de contrôler l'hypercortisolisme.</p> <p>L'irradiation hypophysaire ou la surrénalectomie bilatérale peuvent être envisagées en seconde intention [82].</p>	<p>-Gencive hypertrophique et hémorragique.</p> <p>-Infections bactériennes (effets anti-inflammatoires des corticoïdes) [1].</p>	<p>-Risque hémorragique (HTA, fragilité capillaires).</p> <p>-Risque infectieux.</p> <p>-Risque médicamenteux (lié aux corticoïdes) [1].</p>

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 26 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison et du Phéochromocytome

Désordres Surréaliens	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Insuffisance surrénalienne et maladie d'Addison	<ul style="list-style-type: none"> - Un remplacement hormonal à vie. - Hydrocortisone en 2 à 3 prises par jour (ou équivalents comme la prednisone). - Fludrocortisone en cas d'insuffisance primaire, pour compenser le déficit en aldostérone [83]. 	<p>Caractérisée par la présence de dépôts de mélanine sur les muqueuses buccales. Les muqueuses jugales en sont le plus souvent le siège [1].</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Risque infectieux. -Risque médicamenteux (lié aux corticoïdes) [1].
Phéochromocytome	<p>Le traitement du Phéochromocytome repose principalement sur la chirurgie d'exérèse de la tumeur, précédée d'un traitement médical par des alpha-bloquants pour contrôler la tension artérielle et éviter les complications peropératoires [85].</p>	<p>En général, les patients présentant un phéochromocytome consultent pour des maux de tête persistant dont le diagnostic différentiel est à faire avec certaines algies de la face [1].</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Risque hémorragique. -Médical (HTA, diabète sucré, crise aigüe). -Anesthésique. -Infectieux. -Médicamenteux [1].

3.3.3. Prise en charge en odontologie

Une antibioprofylaxie est prescrite en raison des effets immunosuppresseurs des corticoïdes, Une prophylaxie anti infectieuse est recommandée. Les mesures universelles d'hygiène et d'asepsie doivent être respecter.

- Précautions dans le cadre de l'anesthésie :

En raison des effets cardiovasculaires et hypertenseurs des vasoconstricteurs, l'anesthésie est contre-indiquée chez les patients atteints de phéochromocytome ou traités par anti-TNF tant qu'ils ne sont pas stabilisés par un traitement bêta-bloquant.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Précautions dans le cadre de la prescription :

Aucune prescription aussi bien sédatrice (sauf en cas de risque de détresse ventilatoire), antalgique qu'anti infectieuse n'est contre-indiquée. Sauf en cas de pathologies associées (rénale, hépatique, etc....). Cependant, certains effets possibles, par interactions entre les corticoïdes et les prescriptions quotidiennes, peuvent être observés.

- Précautions à l'égard du risque médicamenteux.

- Précautions à l'égard du risque hémorragique [74, 86].

4. Les maladies respiratoires

Elles touchent l'appareil respiratoire, les maladies respiratoires à risque sont essentiellement : L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

4.1. L'asthme

4.1.1. Définition

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes. Cette inflammation entraîne, chez les sujets prédisposés, des symptômes généralement associés à une obstruction importante des voies respiratoires, souvent réversible spontanément ou sous traitement. Le rétrécissement bronchique résulte de l'association de trois éléments : l'œdème, l'hypersécrétion des glandes à mucus et le bronchospasme. Les signes cliniques d'une crise d'asthme comprennent une dyspnée expiratoire sifflante intense, une bradypnée, une pâleur, des sueurs et un état d'angoisse. Lorsqu'un facteur infectieux est associé, l'expectoration devient purulente. En dehors des crises, l'examen clinique est généralement normal [1].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

4.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme

Tableau 27 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'asthme

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
-Traitement de fond : corticoïdes inhalés ± bronchodilatateurs longue durée (LABA). -Traitement de crise : bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques à action rapide (salbutamol). -Autres options : antileucotriènes, biothérapies (formes sévères), éducation du patient, éviction des facteurs déclenchants. [7]	Il peut y avoir des candidoses buccales dues aux corticoïde* [7].	-Infectieux lié aux corticoïdes. -Anesthésique lié à la possibilité d'une allergie. -Médicamenteux. -Risque de survenue d'une crise d'asthme [7].

4.1.3. Prise en charge en odontologie [7]

- Identifier l'asthme dans l'anamnèse.
- S'assurer que le patient a son bronchodilatateur (Ventoline®) avec lui.
- Préférer les soins en période d'asthme contrôlé.
- Éviter les facteurs déclenchants (stress, allergènes, odeurs fortes).
- Utiliser des anesthésiques locaux avec vasoconstricteurs (mais avec prudence chez l'asthmatique, en raison du risque d'allergie aux sulfites).
 - Éviter les aérosols irritants.
 - Surveiller les signes de détresse respiratoire.
 - Éviter certains médicaments : AINS (ex. : aspirine, ibuprofène), morphine, β -lactamines en cas d'allergie connue.
 - Prudence avec les interactions médicamenteuses (ex. : théophylline + érythromycine).
- En cas de crise :
 - Arrêter les soins, position assise.
 - Administrer bronchodilatateur (2 bouffées).
 - Oxygénothérapie si nécessaire.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- **Corticoïdes injectables si non soulagé.**
- **Appeler les secours si aggravation.**

4.2. La broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO

4.2.1. Définition

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire des bronches caractérisées par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons entraînant une gêne respiratoire ou dyspnée, c'est une maladie non curable mais dont le diagnostic et le TRT précoce permettent de ralentir l'évolution [36].

4.2.2. Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO

Tableau 28 : Traitement répercussions buccales et risques potentiels de la BPCO

La prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Les risques potentiels
Prescription de bronchodilatateurs courte ou longue durée parfois associées à des corticoïdes [7].	-Cyanose. -Des candidoses peuvent être observées dues aux corticoïdes [36].	Les risques liés à la maladie -Infectieux. -Médicamenteux. -Dépression respiratoire [36].

4.2.3. Prise en charge en odontologie

- **Précautions à l'égard du stress :** Une prémédication sédatrice peut être administrée (le protoxyde d'azote inhalé est une approche de choix, les barbituriques et les narcotiques par contre sont contre indiqués car déprimeurs respiratoires ainsi que la sédation intraveineuse).
- **Pour les patients sous corticoïdes, un apport supplémentaire peut être utile le jour de l'acte, en raison de la suppression surrénalienne.**
- **A l'égard du risque infectieux chez les patients sous corticoïdes, une antibioprophylaxie est donc souhaitable avant un acte à l'origine de bactériémie.**
- **En cas de prescription, éviter les anti cholinergiques ni d'antihistaminiques car ils favorisent la rétention de mucosités.**
- **Administration oxygénée prudente.**
- **En cas de soins urgents : ils sont possibles si le patient est stable, toute déficience respiratoire impose des soins en milieu hospitalier, privilégier une position assise.**
- **Le patient peut avoir des difficultés avec la digue qui diminue le passage de l'air**

[7].

5. Les maladies hématologiques

5.1. Définition

Les maladies hématologiques ou hémopathies sont des affections caractérisées par une atteinte des éléments figurés du sang. Par extension, on inclut les troubles de l'hémostase dus à une anomalie vasculaire et les tumeurs constituées par certains éléments figurés présents dans le sang [87].

5.1.1. Les pathologies des lignées rouges

5.1.1.1. Syndrome anémique

L'anémie est définie par une diminution de la concentration circulante de l'hémoglobine en dessous des valeurs normales, on parle d'anémie au-dessous d'un taux d'hémoglobine de : 13g/dl chez l'homme adulte, 12g/dl chez la femme et l'enfant, 10,5 g/dl chez la femme enceinte [88].

5.1.1.1.1. Classification morphologique des anémies

- Les anémies microcytaires

Ce sont les anémies les plus fréquentes, elles sont non régénératives et liées généralement à un trouble du métabolisme du fer. Elles se traduisent par un volume globulaire moyen et une teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine abaissés. On parle aussi d'anémies ferriprives.

- Les anémies macrocytaires

Elles sont non régénératives et liées dans la majorité des cas à un défaut de division cellulaire des précurseurs érythroblastiques. Cette anomalie est soit le fait de dysfonctionnements complexes : dyshématopoïèse ou dysmétabolisme soit le fait d'une carence vitaminique B12 ou folates.

- Les anémies normocytaires

Les non régénératives traduisent une production médullaire anormale : hypoplasie.

Les régénératives correspondent à des anémies hémolytiques par destruction des globules rouges. (Béta thalassémie).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

5.1.2. Les pathologies des lignées blanches

5.1.2.1. Les désordres leucocytaires non prolifératifs

5.1.2.1.1. Les neutropénies et agranulocytoses

La neutropénie correspond à une baisse du nombre absolu de neutrophiles circulants dans le sang en dessous de la limite normale, généralement définie comme inférieure à 1800 neutrophiles par mm^3 .

L'agranulocytose se définit comme une forme sévère de neutropénie, caractérisée par une quasi-disparition des polynucléaires neutrophiles circulants dans le sang. Elle est généralement diagnostiquée lorsque leur taux chute en dessous de $0,2 \times 10^9/\text{L}$.

5.1.2.1.2. Les lymphopénies

La lymphopénie correspond à une diminution du nombre de lymphocytes dans le sang, un type spécifique de globules blancs impliqués dans la réponse immunitaire. Elle est définie par un taux de lymphocytes inférieur aux valeurs normales ($<1000 /\text{mm}^3$ chez l'adulte, soit $<15\%$).

5.1.2.2. Les syndromes prolifératifs

5.1.2.2.1. Leucémie

Les leucémies sont classifiées selon leurs manifestations cliniques en formes aiguës et chroniques et selon leurs caractéristiques cytologiques en leucémies lymphoïdes et myéloïdes.

- Les leucémies aiguës

Les leucémies aiguës (LA) sont des proliférations malignes dans le sang, la moelle et éventuellement d'autres organes, de précurseurs des cellules sanguines bloqués à un stade précoce de leur maturation (blastes).



Figure 05 : Accroissement gingival [90]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Leucémies chroniques :

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est définie comme une hémopathie maligne d'évolution chronique caractérisée par la prolifération et l'accumulation de lymphocytes d'aspect mature dans le sang, la moelle, les ganglions, la rate, le foie et d'autres organes.

La LLC reste une maladie incurable pour une large majorité des patients, c'est la plus fréquente des leucémies de l'adulte.

5.1.2.2.2. Lymphome

Les lymphomes sont des tumeurs malignes qui se développent au sein des tissus lymphoïdes (ganglions par exemple) et qui diffusent à distance vers les autres tissus lymphoïdes (moelle osseuse, foie,). Ils comprennent la maladie de Hodgkin, les lymphomes non hodgkiniens et le lymphome de Burkitt (Roche 1996).

- Les lymphomes de Burkitt :

Le lymphome de Burkitt se manifeste par des tumeurs localisées au niveau des maxillaires, pouvant être uniques ou multiples. Le premier signe observé chez l'enfant est la chute précoce des molaires temporaires sans raison apparente.



Figure 06 : Garçon nigérien de sept ans avec une tumeur de la mâchoire traitée par antibiotiques [91]

5.1.2.2.3. Le myélome multiple

Se manifeste par des lésions osseuses localisées, notamment au niveau des maxillaires. Elles apparaissent souvent près des racines des molaires mandibulaires, où elles peuvent ressembler à des lésions péri-apicales, ainsi que sur la branche montante et l'angle de la mandibule.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

5.1.2.2.4. Les histiocytoses langerhansiennes ou Histiocytoses X

Les histiocytoses X ou langerhansiennes associent une prolifération de cellules histiocytaires spumeuses d'allure bénigne, à une réaction éosinophile. Elles regroupent : Le granulome éosinophile et La maladie de Letterer-Siwe.

5.1.2.2.5. Les polyglobulies

Une polyglobulie est suspectée sur l'hémogramme devant un taux d'hématocrite supérieur à 54 % chez l'homme et supérieur à 47 % chez la femme ou l'enfant [92].

- La Polyglobulie primitive ou maladie de Vaquez :

C'est un syndrome myéloprolifératif caractérisé par une augmentation du nombre des globules rouges. On parle également de polyglobulie primitive. La cause est inconnue [87].

5.1.3. Troubles de l'hémostase

- L'hémostase primaire :

C'est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à la formation du clou plaquettaire et à l'arrêt du saignement, la thrombopénie correspond à un nombre des plaquettes <150000/mm³, alors que la thrombopathie est une anomalie qualitative [87].

- Anomalies de la coagulation :

Elles résultent d'un déficit d'un ou plusieurs facteurs de coagulation, ils peuvent être classés en deux catégories : coagulopathies acquises (déficit en facteur vitamine K, coagulation intravasculaire disséminée, affections hépatiques, des inhibiteurs pathologiques de la coagulation) et coagulopathies héréditaires comme les hémophilies et la maladie de Von Willebrand.

- Les Hémophilies :

Ce sont des maladies hémorragiques héréditaires caractérisées par un déficit en facteurs de coagulation (principalement facteur VIII pour l'hémophilie A et facteur IX pour l'hémophilie B, entraînant des saignements prolongés, notamment au niveau des articulations, des muscles et après des traumatismes ou interventions chirurgicales [93].

- Maladie de Von Willebrand :

C'est une maladie hémorragique héréditaire due à un déficit quantitatif ou qualitatif du facteur de Von Willebrand, une protéine essentielle à l'agrégation plaquettaire et à la coagulation.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Elle se manifeste principalement par des saignements cutanéomuqueux (saignements de nez, gencives, ecchymoses, règles abondantes) et peut varier en gravité selon le type (1, 2 ou 3), allant de formes bénignes à des hémorragies sévères pouvant toucher muscles et articulations [94-96].

5.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques

Tableau 29 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des affections hématologiques [97, 98]

	Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Anémie	-Fumarate ferreux. -Fer injectable. -Acide folique et ses Dérivés. -Vitamine B12.	-Pétéchies ; purpura. -Stomatite angulaire ; glossite. -Atrésie œsophagienne. -Bouche brulante. -Muqueuses pâles.	-Risque hémorragique -Risque infectieux
Syndrome Prolifératifs malins	-Chimiothérapie et Radiothérapie.	-Gingivorragies et pétéchies. -Adénopathies. -Accroissement gingival, ulcérations. -Infections récurrentes. -Effets de chimio et radiothérapies.	-Risque médicamenteux. -Risque hémorragique. -Risque infectieux. -Anesthésique.
Syndrome non prolifératif des GB	-Immunosupresseurs. -Androgènes (Nilevar, Dantol).	-Gingivites, parodontites, ulcérations muqueuses...	-Risque infectieux. -Risque Médicamenteux
Troubles d'hémostase	-Facteurs de coagulation. -Corticoïde. -Splénectomie. -Cyclosporine.	-Lésions hémorragiques. -Purpura. -Hématomes. -Pétéchies, ecchymoses. -Gingivorragies.	-Risque infectieux. -Risque hémorragique -Risque anesthésique. -Médicamenteux

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

5.3. Prise en charge en odontologie [98]

- L'accord de l'hématologue est essentiel avant tout soin.
- Demande d'un bilan (FNS, taux de plaquettes, INR et TCA).

5.3.1. En cas de syndrome anémique

- Chez le patient présentant une drépanocytose, une antibioprophylaxie sera préconisée lors des actes invasifs.
- Les actes à l'origine d'un saignement seront reportés pour qu'ils aient lieu dans les conditions optimales de sécurité, un taux Hb=10g/dl est considéré comme un gage de sécurité pour les soins.
- Toute infection d'origine bactérienne, en particulier du tissu osseux sera traitée par une antibiothérapie adéquate pour prévenir tout risque d'ostéomyélite.

5.3.2. En cas de syndromes prolifératifs

- Leucémie :

Ne pas intervenir en phase aigüe de la maladie ou au cours de la phase aplasante de la chimiothérapie, prescrire une antibioprophylaxie adaptée avant les actes invasifs pour prévenir les infections [99]. En cas d'urgence qui semble non contrôlable par les antibiotiques (abcès collecté, cellulite), l'éradication des foyers sera réalisée sous couverture antibiotique en milieu hospitalier (transfusion plaquettaire).

- Myélomes et lymphomes multiples :

Une antibioprophylaxie est indispensable lors des interventions chirurgicales (traitement canalaire) chez les patients sous chimiothérapie ou corticoïdes pour prévenir les infections.

- Les polyglobulies :

Deux principaux risques doivent être pris en compte : l'hémorragie et la thrombose liée à une hyperviscosité sanguine. C'est pourquoi un bilan d'hémostase, une numération formule sanguine (NFS) et un dosage de l'hématocrite sont indispensables avant toute chirurgie. De plus, l'utilisation d'antifibrinolytiques, comme l'acide aminocaproïque ou l'acide tranexamique est déconseillée, car ils peuvent favoriser la survenue de thromboses (Girard et coll., 1997).

Lors des prescriptions, il faut proscrire toute thérapeutique à toxicité

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

hématologique (AINS, sulfamides).

5.3.3. En cas de syndromes non prolifératifs

- En cas de neutropénie sévère : seuls les soins urgents indispensables seront réalisés en milieu hospitalier.
- En cas de neutropénie modérée : une antibioprophylaxie sera prescrite avant une intervention.
- Il faut éviter les médicaments responsables d'agranulocytose comme les AINS pyrazolés (ex : noramidopyrine), les sulfamides et les mitroimidazolés.

5.3.4. En cas de trouble de l'hémostase

- Thrombopénie de 150000/mm³ : tous les soins sont possibles, de 100000 à 50000/mm³: Actes sans risque hémorragique (soins conservateurs), en dessous de 50000/mm³ : pour tout acte à risque hémorragique : prise en charge hospitalière après transfusion des plaquettes.
- Une antibioprophylaxie peut être prescrite selon la sévérité et le cas présenté.
- Les soins conservateurs sont possibles au cabinet dentaire, mais pour un traitement canalaire il faut discuter le cas du patient détail avec l'hématologue.
- S'il n'y a pas de contre-indication, on utilise un anesthésique avec vasoconstricteurs pour limiter le risque de saignement local.
- Prévenir la survenue d'un traumatisme muqueux durant les soins et la prise de la radiographie.
- Par rapport aux patients hémophilies : Après approbation du médecin traitant, les soins avec certaines précautions seront envisagés : injection intraveineuse régulière de concentrés de facteurs de coagulation manquants, soit facteur VIII pour l'hémophilie A, soit facteur IX pour l'hémophilie B. Ces concentrés peuvent être issus du plasma ou produits par biotechnologie (recombinants) [100]
- La maladie de Von Willebrand : ils ont la même PEC avec un traitement médicamenteux avant les actes invasifs ; La desmopressine (0,3 mg/kg IV en 15-30 min) est privilégiée pour la maladie de Von Willebrand de type 1 et certains cas du type 2A, car elle stimule la libération du facteur VWF endogène. Pour les types 2B, 3 ou les non-répondeurs à la desmopressine, on utilise des concentrés de facteur VIII/VWF par voie intraveineuse [94].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Noter bien : Précautions vis avis des prescriptions médicamenteuses (l'activité du méthotrexate est diminuée avec la pénicilline, la kanamycine et les corticoïdes, et augmentée avec les salicylates et les tétracyclines).

6. Les affections neurologiques

Bien que les affections neurologiques soient variées (coma, épilepsie, démence, migraines, vertiges, maladies dégénératives, vasculaires, etc.), les plus couramment rencontrées en pratique dentaire sont l'épilepsie, l'AVC, la maladie de Parkinson, et la maladie d'Alzheimer [101].

6.1. La maladie d'Alzheimer

6.1.1. Définition

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative progressive et irréversible, appartenant au groupe des démences, qui entraîne une perte progressive des fonctions cognitives, notamment la mémoire [102].

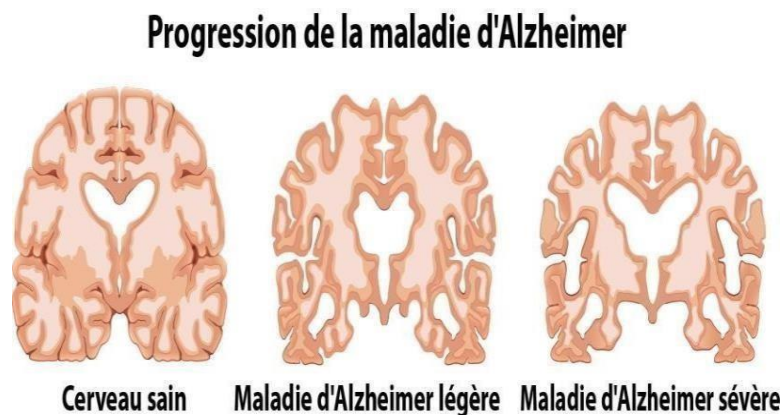


Figure 07 : Progression de la MA [103]

- Stades d'évolution selon le Mini-Mental State Examination (MMSE) [102].

Le MMSE est un test clinique de référence qui évalue les capacités cognitives (mémoire, orientation, calcul, langage) et permet de classer la maladie en plusieurs stades :

- Stade asymptomatique : pas de symptôme clinique, mais présence de marqueurs biologiques positifs.
- Stade prodromal : troubles légers, notamment une altération de la mémoire à court terme, des oublis, une désorientation légère, avec conscience des déficits.
- Stade de démence : aggravation des symptômes avec impact sur l'autonomie, subdivisé en trois sous-stades (légère, modérée, sévère).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

6.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer

Tableau 30 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Alzheimer

Prise en charge médicamenteuse [104]	Répercussions buccales [105-107]	Risques potentiels [7]
Il n'existe pas de traitement curatif à ce jour. Quatre médicaments symptomatiques : - Donépézil (Aricept®) - Rivastigmine (Exelon®) - Galantamine (Reminyl®) - Mémantine (Ebixa®)	-Diminution voire absence de l'hygiène bucco-dentaire. -Polycariés liés aux troubles alimentaires. -Troubles de déglutition (par perte de réflexe de déglutition). -Hyposialie (anxiolytiques, antidépresseurs). -Ulcérations buccale. -Parodontolyse.	-Risque d'interactions médicamenteuses. -Problème d'observance.

6.1.3. La prise en charge en odontologie

- **Évaluation du stade de démence :**

Le chirurgien-dentiste doit évaluer le degré de démence (léger, modéré, sévère) pour adapter la prise en charge, en tenant compte de la capacité du patient à comprendre, coopérer et maintenir une hygiène bucco-dentaire [108-110].

Tableau 31 : La conduite à tenir en odontologie selon les stades de la démence de la MA

Stade de démence	Prise en charge odontologique adaptée.
Léger	Hygiène assistée, Soins conservateurs classiques, prévention active (fluoration, détartrage), soins prothétiques adaptés.
Modéré	Soins conservateurs limités, interventions urgentes, réadaptation prothétique, hygiène assistée, possibilité de sédation consciente.
Sévère	Soins d'urgence uniquement (soulagement douleur, infections), abandon ou adaptation des prothèses, hygiène quotidienne assistée par aidants.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [7] :

- L'utilisation des AINS est à prendre en compte chez les patients traités par inhibiteur du cholinestérase.
- Les antifongiques azolés sont à utiliser avec précaution chez les patients traités par donepezil.
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.

6.2. La maladie de Parkinson

6.2.1. Définition

La maladie de Parkinson est une affection neurodégénérative évolutive chronique caractérisée par la nécrose progressive des neurones, notamment ceux produisant la dopamine dans la substance noire du cerveau [111].

Elle provoque une détérioration progressive des fonctions neurodépendantes, affectant principalement le contrôle moteur, avec des symptômes moteurs classiques tels que :

Tremblements au repos (surtout aux membres supérieurs), Akinésie, Hypertonie musculaire, Troubles de l'équilibre et de la posture.

Des symptômes non moteurs peuvent aussi apparaître, comme des troubles du sommeil, de l'odorat, de la déglutition, des troubles cognitifs et dépressifs [112].

6.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de parkinson

Tableau 32 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la MP

Prise en charge médicamenteuse [113]	Les répercussions buccales [114,115]	Les risques potentiels [116]
- Lévodopa + inhibiteur périphérique. - Agonistes dopaminergiques. - Inhibiteurs MAO-B. - Inhibiteurs COMT. - Anticholinergiques.	- Difficultés à maintenir une bonne HBD. - Trouble de déglutition. - Le bruxisme. - Polycaries et les parodontopathie. - Xérostomie.	- Interaction médicamenteuse. - Hypotension orthostatique par les psychotropes.

6.2.3. Prise en charge en odontologie [117-119]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Adapter les soins au stade de la maladie : tenir compte de la sévérité des symptômes moteurs et cognitifs pour planifier les interventions pour les stades avancés. Les soins se font en milieu hospitalier uniquement.

- Planifier les rendez-vous en fonction du pic d'efficacité des médicaments antiparkinsoniens (60 à 90 minutes après la prise, souvent en début d'après-midi) pour optimiser la coopération et réduire les tremblements.

- Préférer des séances courtes et fréquentes avec une communication claire et adaptée.

- Encourager une hygiène bucco-dentaire assistée : utilisation de brosses électriques, aide d'un aidant si besoin, conseils adaptés aux troubles moteurs.

- Prévoir une surveillance post-soins attentive : le patient peut avoir besoin de temps pour se relever et quitter le fauteuil en raison de troubles de l'équilibre et de l'hypotension orthostatique.

- Les interactions médicamenteuses [118, 120] :

- Les inhibiteurs de la MAO-B (rasagiline, sélégiline) peuvent interagir avec les anesthésiques locaux contenant de la noradrénaline ou adrénaline, provoquant des risques d'hypertension sévère. Il faut donc privilégier les anesthésiques sans vasoconstricteurs ou à faible dose.

- La lévodopa et les agonistes dopaminergiques peuvent voir leur efficacité altérée par certains antibiotiques (macrolides) ou antifongiques qui inhibent le métabolisme hépatique.

- Les analgésiques opiacés (Codéine, tramadol...), sont à éviter car ils peuvent aggraver les symptômes parkinsoniens et interagir avec les traitements.

6.3. Épilepsie

6.3.1. Définition

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique non transmissible qui affecte environ 50 millions de personnes dans le monde. Elle se manifeste par des crises récurrentes dues à des décharges électriques anormales au sein de groupes de neurones cérébraux. Ces crises peuvent être partielles, touchant une zone localisée du corps, ou généralisées, impliquant l'ensemble du corps. Elles peuvent s'accompagner de symptômes tels que des tremblements involontaires, une perte de conscience, ainsi qu'une perte du contrôle de la vessie ou des fonctions intestinales [121].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Fréquence des facteurs favorisant les crises d'épilepsie

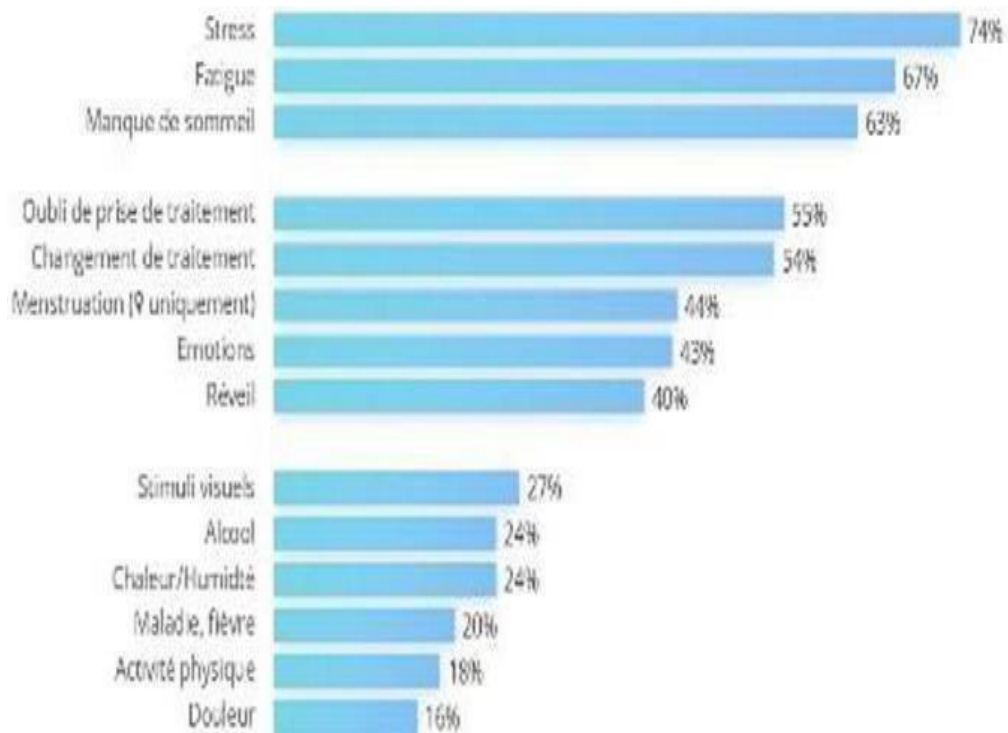


Figure 08 : Les facteurs favorisant les crises d'épilepsie [122]

6.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie

Tableau 33 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'épilepsie.

Prise en charge médicamenteuse [123 124]	Les répercussions buccales [125-127]	Les risques potentiels [7]
<ul style="list-style-type: none"> - L'acide valproïque. - Lamotrigine. - Carbamazépine et oxcarbazépine. - Lévétiracétam. - Prégabaline. - Benzodiazépines. - Éthosuximide. 	<ul style="list-style-type: none"> - Morsure de la langue et des lèvres. - Bruxisme. - Hyperplasie gingivale (phénytoïn) - Xérostomie. - Prolongation du temps de saignement sous acide valproïque. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'interactions médicamenteuses. - Risque de crise convulsive.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

6.3.3. Prise en charge en odontologie

- Avant de débiter les soins, il faut s'assurer que le patient présente une épilepsie contrôlée et qu'il a bien mangé, dormi et pris son traitement avant le rendez-vous.
- Après ces vérifications, le praticien doit limiter les facteurs déclencheurs de crises d'épilepsie en cabinet dentaire, principalement le stress, la douleur, et dans certains cas, la lumière [128]. Il existe deux grands types de crises d'épilepsie en lien avec la lumière ; les crises photosensibles et les crises non photosensibles :
 - Les crises photosensibles, déclenchées par des stimuli lumineux (clignotements, flashes,). Elles concernent une minorité des patients épileptiques. Il faut alors adapter l'éclairage (réduire l'intensité, éviter les lumières clignotantes, utiliser des filtres).
 - Les crises non photosensibles, les plus fréquentes, ne sont pas influencées par la lumière. Les facteurs déclenchants sont plutôt le stress, la fatigue ou un oubli de traitement.
 - Ainsi, tous les patients ne représentent pas de risque face à la lumière. Une évaluation préalable est nécessaire pour adapter les soins
- Pendant les soins, le moins d'appareils possible doit se trouver dans la cavité buccale et l'élimination rapide des débris par aspiration est importante pour limiter le risque d'obstruction des voies respiratoires en cas de crise [129].
 - Les digues peuvent aider à améliorer l'aspiration et prévenir l'ingestion accidentelle de corps étrangers pendant l'intervention [130].
 - Il est recommandé d'attacher les crampons de digue et les écarteurs de bouche avec du fil dentaire avant le début du traitement afin de pouvoir les retirer rapidement [131].
 - En cas de crise sur le fauteuil [98]
 - Arrêter immédiatement les soins, retirer tout objet de sa bouche, pour s'assurer la liberté des voies aériennes supérieures.
 - Éviter que le patient tombe, ou protéger sa chute.
 - La plupart des crises cessent dans les 5 minutes, Si tel n'est pas le cas, ou si la crise recommence, une administration, jusqu'à 10 mg, de benzodiazépine sera réalisée et faire appel à une équipe médicalisée.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

6.4. Accidents vasculaires cérébraux

6.4.1. Définition

Un accident vasculaire cérébral est une lésion cérébrale due à une interruption brutale de l'irrigation sanguine dans une partie du cerveau, provoquant un manque d'oxygène et la mort des cellules nerveuses dans la zone touchée. Cette interruption peut résulter soit de l'obstruction d'une artère cérébrale par un caillot ou une plaque d'athérome (AVC ischémique, 80-85 % des cas), soit de la rupture d'un vaisseau sanguin (AVC hémorragique, 15-20 % des cas) [132- 134].

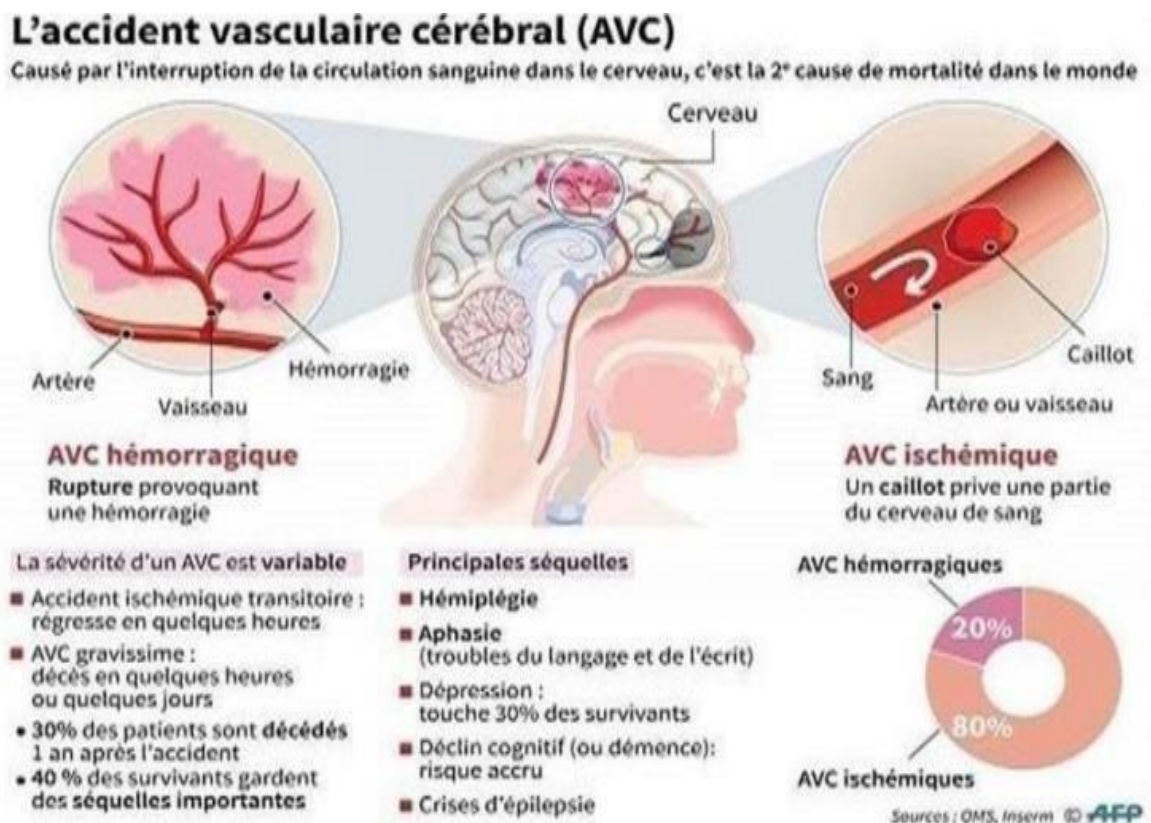


Figure 09 : Type d'AVC [135]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

6.4.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC

Tableau 34 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'AVC [136, 137]

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-AVK	-Xérostomie.	-Risque hémorragique.
-Antiagrégants plaquettaire (aspirine, clopidogrel, ticlopidine).	-Lésions hémorragiques. -Déviation et/ou protrusion linguale.	-Risque de nouvel accident.
-Corticoïdes (en cas d'œdème cérébral).	-Insuffisance d'hygiène notamment unilatérale du côté opposé au siège de l'accident.	-Risque anesthésique.

6.4.3. Prise en charge en odontologie [138, 139]

- **Recueillir une anamnèse complète : type d'AVC, date de survenue, séquelles neurologiques, traitements en cours (notamment anticoagulants ou antiplaquettares).**
- **Évaluer le risque de saignement en cas de soins invasifs chez le patient sous anticoagulant/antiagrégants plaquettares et prendre les mesures locales d'hémostase.**
- **Favoriser les soins conservateurs et limiter les interventions chirurgicales invasives si possible.**
- **Planifier les soins en période stable, éviter les situations stressantes pouvant déclencher des complications.**
- **Utiliser une anesthésie locale prudente, en évitant les vasoconstricteurs à forte dose si le patient présente des troubles cardiovasculaires associés.**
- **Surveiller la fonction de déglutition, car la dysphagie est fréquente après un AVC et peut augmenter le risque d'aspiration pendant les soins.**

7. Troubles de l'immunité

7.1. HIV et SIDA

7.1.1. Définition

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le syndrome d'immunodéficience acquise (sida).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Le VIH cible les globules blancs, affaiblissant le système immunitaire, et rendant les personnes touchées plus susceptibles de contracter certaines maladies comme la tuberculose, les infections et certains cancers.

Le VIH se transmet par les liquides corporels d'une personne infectée, y compris le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales. On ne peut pas être infecté par les contacts tels qu'un baiser, une étreinte ou le partage de nourriture. Il peut aussi se transmettre de la mère à l'enfant.

Le VIH peut être traité et évité par le traitement antirétroviral (TAR). Non traité, il peut évoluer vers le sida, souvent après de nombreuses années.

L'OMS définit désormais l'infection à VIH à un stade avancé comme la présence d'une numération des CD4 inférieure à 200 cellules/mm³ ou d'un stade clinique 3 ou 4 de l'OMS chez les adultes et les adolescents. Tous les enfants séropositifs âgés de moins de 5 ans sont considérés comme ayant une infection à VIH à un stade avancé [140].

7.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des l'HIV et SIDA [7]

Tableau 35 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des l'HIV et SIDA

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
<ul style="list-style-type: none">- Tout patient infecté par le VIH doit recevoir un traitement antirétroviral.- Inhibiteurs de protéase.- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.- Inhibiteurs d'intégrase.- Associations : Atripla Eviplera, Stribild, Triumeq.- Autres: Fuzeon®, Celsentri®.	<ul style="list-style-type: none">- Candidose.- Leucoplasie orale chevelue.- Erythème gingival linéaire.- Gingivite ulcéronécrotique.- Parodontite ulcéronécrotique dues aux traitements.- Xérostomie.- Altération du goût.- Ulcérations buccales.- Pigmentations brunes.	<ul style="list-style-type: none">-Risque infectieux : Immunodépression.-Risque hémorragique : thrombocytopénie.-Risque médicamenteux : interactions.-Risque de contamination en cas d'accident d'exposition au risque viral (VIH, virus des hépatites virales B et/ou C).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

7.1.3. La prise en charge en odontologie [2, 7].

- Il est nécessaire d'effectuer des bilans bucco-dentaires tous les 6 mois.
 - Noter que ces patients peuvent être co infectés par le VHB et le VHC.
 - Les manifestations buccales sont les indicateurs les plus précoces de l'infection à VIH.
 - L'antibioprophylaxie n'est pas systématique.
 - Il y a un risque de contamination patient-soignant en cas d'AES.
 - Contact systématique du médecin spécialiste traitant : quel est le stade de la maladie.
 - Obtenir le dernier taux de LTCD4, charge virale et NFS.
 - Importance d'une bonne HBD.
 - Pas de précautions particulières vis-à-vis de l'anesthésie.
 - Pour éviter les AES →gant, masque, lunettes.
- Prescriptions courantes en odontologie :
- Antibiotiques : Macrolides (clarithromycine, érythromycine) → utiliser avec précautions chez les patients traités par Viramune.
 - Antalgiques et anti-inflammatoires : Ibuprofène à utiliser avec précaution chez les patients traités par Rétrovir.
- Situations cliniques :
- Taux de LT CD4 > 200/ mm³, sans agranulocytose (PNN > 500/mm³) ni thrombopénie inférieure à 100 000/mm³, sans autre maladie associée → tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.
 - Taux de LT CD4 > 200/ mm³ avec agranulocytose (PNN > 500/mm³) et/ou thrombopénie inférieure à 100 000/mm³ associée.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 36 : Actes invasifs et non invasifs

Actes non invasifs : - Prévention - Soins conservateurs - Prise de radiographie intra orale	Actes invasifs : Tout acte impliquant la manipulation de la gencive, pulpe ou région péri apicale.
Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.	Prise en charge décidée avec le médecin traitant en fonction de l'état du patient, les traitements en cours et l'acte à réaliser.

- **Stade SIDA : LT CD4 < 200/ mm³ → patients très exposés aux infections opportunistes et bénéficient d'un traitement antibiotique prophylactique (Bactrim).**
 - **Peuvent être traités au cabinet dentaire → discuté avec le médecin traitant en fonction de l'état de santé général du patient.**
 - **Si le patient est traité au cabinet dentaire → choix du protocole de prise en charge sera prise en collaboration avec le médecin traitant.**

8. Maladies hépatiques et gastro-intestinales

8.1. Hépatites virales

8.1.1. Définition

L'hépatite est une inflammation aiguë ou chronique du foie, causée principalement par une infection virale (virus des hépatites A, B, C, D, E) ou bactérienne (rickettsioses, leptospirose, légionellose, typhoïde et brucellose) ou par des substances toxiques comme l'alcool et certains médicaments (ex : paracétamol (en surdosage), AINS). Elle peut également résulter d'un trouble auto-immun. Cette inflammation altère la fonction hépatique et peut provoquer des symptômes tels que jaunisse (ictère), fatigue, douleurs abdominales, et dans les formes graves, évolué vers une cirrhose.

Hépatite A et E, transmises principalement par voie orale-fécale (aliments ou eau contaminés).

Hépatite B, C et D, transmises par contact avec du sang ou des liquides biologiques contaminés, ou par voie sexuelle (notamment B) [141-144].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

8.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite virale

Tableau 37 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'hépatite virale

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales [136]	Les risques potentiels [7]
Dépendra entièrement de son type : - L'hépatite B : à base d'interférons alpha ou à action prolongée, et d'antiviraux [145]. - L'hépatite C : interférons à action prolongée, combinés à de la ribavirine [146].	- Ictère. - Gingivorragie, purpura, pétéchies, hématomes buccaux, lichen plan buccal. - Xérostomie. - Mucites/ stomatites et altération du Gout.	- Infectieux : En cas de neutropénie. - Hémorragique : En cas de thrombopénie ou d'insuffisance hépatique associée. - Médicamenteux. - Risque d'accident d'exposition au sang (AES).

8.1.3. Prise en charge en odontologie

Un bilan hépatique complet (ALAT, ASAT, TP, INR, NFS) est indispensable pour évaluer la stabilité de la maladie, le risque infectieux et hémorragique, et adapter la prise en charge odontologique en collaboration avec le médecin traitant ou l'hépatologue [147, 148]

- Risque infectieux :

Identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de neutropénie cause par (ribavirine) [149].

Les dernières recommandations de l'(ANSM) préconisent la prescription des antibiotiques curative pour la réalisation des actes sanglants lorsque le patient est immunodéprimé et donc lorsque la maladie est instable et en phase active, dans ce cas, les actes non urgents peuvent être reportés jusqu'à stabilisation de l'atteinte hépatique [148].

- Risque hémorragique :

L'hépatite, notamment lorsqu'elle évolue vers une cirrhose ou une insuffisance hépatique, peut altérer la coagulation en abaissant le taux de prothrombine (TP) et/ou des traitements à base d'interféron et/ ou de ribavirine qui peuvent être à l'origine de thrombocytopénie, augmentant le risque de saignement lors des actes invasifs [148].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Tableau 38 : Conduite à tenir en fonction des valeurs hématologiques du patient hépatique

[148]

Taux de prothrombine (TP) Taux des plaquettes	Recommandations pour les soins odontologiques
- TP : 70 % – 100 % - > 100 000/mm ³	Soins réalisés selon les protocoles habituels
- TP : 30 % – 70 % - 50 000 – 100 000/mm ³	Utilisation de moyens d'hémostase locaux
- TP : < 30 % - < 50 000/mm ³	Intervention uniquement en milieu hospitalier après transfusion plaquettaire, sauf urgence absolue.

- **Chez les patients présentant une hépatite virale aiguë ou active, ou porteurs des antigènes HBs et HBe, la maladie est hautement contagieuse. Seuls les soins indispensables doivent être réalisés, en appliquant des règles strictes d'asepsie et d'antisepsie, avec limitation voire suppression des aérosols.**

- **Le personnel soignant doit porter des équipements de protection individuelle (gants, masque, lunettes ou visière, surblouse jetable) et être vacciné contre l'hépatite B [150].**

- **En cas d'accident d'exposition au sang (AES), un protocole rigoureux de nettoyage, désinfection, évaluation du risque et suivi médical doit être appliqué [151].**

- **Le paracétamol peut être utilisé de manière sûre pour une courte durée en limitant la dose à 2 à 3 grammes par jour est CI dans l'hépatite aiguë.**

- **Les AINS et le tramadol sont contre-indiqués Il est préférable d'utiliser les opioïdes glucuronocconjugués (morphine, buprénorphine) mais tous doivent l'être avec prudence en raison du risque d'effets indésirables ; leur utilisation nécessite souvent une diminution des dosages et une augmentation des intervalles d'administration [152].**

- **Eu égard du risque infectieux, une antibiothérapie à base d'amoxicilline de préférence (élimination rénale) est instaurée après tout acte invasif, les macrolides et le métronidazole sont évités à cause de leur élimination hépatique.**

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

8.2. Cirrhose, insuffisance hépatique et greffe hépatique

8.2.1. Définition

La cirrhose est une maladie chronique, diffuse et irréversible du foie, caractérisée par une fibrose importante et la formation de nodules de régénération qui déforment l'architecture hépatique normale. Ce tissu cicatriciel remplace progressivement le tissu fonctionnel du foie, entraînant une perte de ses fonctions essentielles. Les principales étiologies sont la consommation excessive d'alcool, et les infections par le VHC et le VHB [153-155].

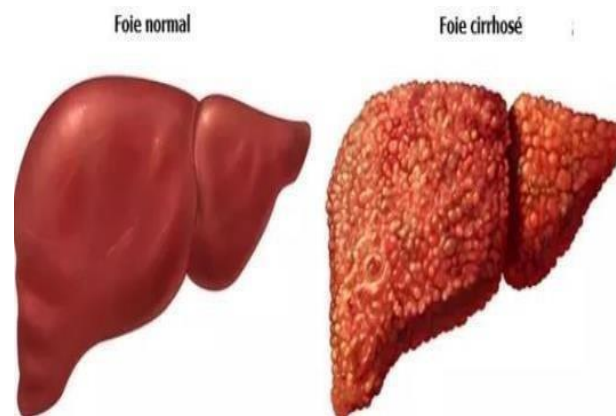


Figure 10 : Cirrhose hépatique [156].

L'insuffisance hépatique correspond à la perte des fonctions vitales du foie, notamment sa capacité de synthèse des protéines plasmatiques (facteurs de coagulation, albumine), de détoxification et de métabolisme [157]. Elle peut être aiguë, ce qui représente une urgence, et ces patients ne seront pas vus en cabinet dentaire, ou chronique par évolution de la cirrhose. Elle est considérée comme sévère si le TP est inférieur à 50%, ces patients devront être pris en charge en milieu hospitalier [1].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

8.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du Cirrhose, insuffisance hépatique

Tableau 39 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels du Cirrhose, insuffisance hépatique

Prise en charge médicamenteuse [158,159]	Répercussions buccales [148]	Les risques potentiels [7]
<ul style="list-style-type: none"> - TRT étiologique : antiviraux. - Prévention complications : bêtabloquants, diurétiques, ponctions, antibiotiques. - Gestion encéphalopathie : laxatifs (lactulose). 	<ul style="list-style-type: none"> - Xérostomie. - Dysgueusie. - Halitose. - Une hypertrophie de la langue. - Une glossite. - Ecchymoses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque infectieux. - Risque hémorragique. - Risque lié à la molécule anesthésique. - Risque médicamenteux. - Risque d'accident d'exposition au sang en fonction de l'étiologie.

8.2.3. La prise en charge en odontologie

- **Prescription d'un bilan biologique incluant un bilan d'hémostase (taux de prothrombine, INR, numération plaquettaire) et dosage des transaminases, et Il est essentiel de préciser l'étiologie de la pathologie du patient (par exemple : infectieuse) afin d'adapter la prise en charge de manière appropriée. En cas d'étiologie infectieuse, il convient de respecter strictement les règles d'asepsie et de programmer le patient en fin de journée.**

- **La stratégie thérapeutique varie selon les paramètres hématologiques, notamment le taux de prothrombine et taux des plaquettes ; elle est détaillée dans le tableau correspondant au tableau N°38.**

- **Éviter la lidocaïne comme molécule anesthésique (augmentation de la demi-vie d'élimination en cas d'insuffisance hépatique) [7].**

- **Risque infectieux :**

Augmenté chez le patient cirrhotique, et chez le patient transplanté hépatique du fait des traitements immunosuppresseurs [149].

- **Risque hémorragique :**

Augmenté du fait de l'altération de facteurs de la coagulation, et de la thrombopénie.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Augmenté chez le patient transplanté hépatique [149].

- **La transplantation hépatique :**

Elle est indiquée dans les cas d'hépatites chroniques (cirrhose en stade terminal), les cirrhoses biliaires, les insuffisances hépatiques fulminantes... Les précautions à prendre sont liées à la toxicité de certains médicaments, aux traitements prescrits immunosuppresseurs (augmentation du risque d'infection) et anticoagulants, au risque de saignement important lors de soins invasifs, et aux risques de rejet de la greffe.

Avant la transplantation, un bilan bucco-dentaire devra être effectué, avec élimination des foyers infectieux bucco-dentaires, selon les recommandations de la SFCO de 2012 [5].

Après la transplantation, le patient sera revu régulièrement. Les actes invasifs devront être précédés d'une antibioprophylaxie et des précautions seront prises visant à prévenir ou limiter le saignement [1].

Les mesures de précaution à prendre lors de la prescription sont identiques à celles en vigueur pour les hépatites.

8.3. Ulcère gastroduodéal

8.3.1. Définition

Un ulcère gastrique ou duodéal (ou ulcère peptique) est une plaie profonde qui se forme dans la paroi interne de l'estomac ou dans la première partie de l'intestin appelée duodénum. Il résulte d'une inflammation chronique de cette paroi, favorisée par la bactérie *Helicobacter pylori* présente dans le tube digestif, aggravée par le stress ou la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [160, 161].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

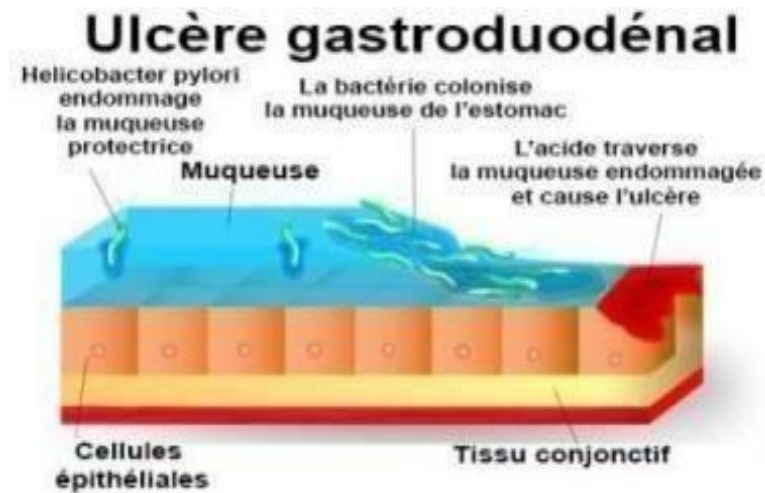


Figure 11 : L'ulcère gastroduodénal [162]

8.3.2. Traitement, répercussions buccale potentiels de l'ulcère gastroduodénal

Tableau 40 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'Ulceré gastroduodénal

Prise en charge médicamenteuse [163,164]	Répercussions buccales [165,166]	Risques potentiels [165,166]
Un traitement médical à base d'antiacides, d'anti-H2, et les inhibiteurs de la pompe à protons.	Des malformations vasculaires des lèvres. Il n'y a pas de manifestations buccales.	- Risque lies au stress. - Risque médicamenteux.

8.3.3. Prise en charge en odontologie [98]

- Une sédation pharmacologique est souhaitée, lorsque le patient est stressé(e). Les soins, si possible de courte durée, réalisés de préférence le matin.

- Précautions à l'égard du traitement suivi par le patient : Interactions médicamenteuses :

- Les antiacides (contenant de l'hydroxyde d'aluminium), par leurs effets chélateurs, limitent l'efficacité des tétracyclines.

- L'absorption des Quinolones et de l'Erythromycine est retardée par la prise concomitante d'antiacides, donc la prise de ces antibiotiques doit se faire 2 heures avant ou 2 heures après celle de l'antiacide.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Précautions à prendre dans le cadre de la prescription :

- En raison de leurs effets irritatifs et pro hémorragiques, l'acide acétylsalicylique et ses dérivés et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens sont contre-indiqués chez le patient ulcéreux.

- Si une prescription d'antalgiques est envisagée, le choix du praticien portera sur une médication à base de paracétamol qui pourra être prescrite en toute sécurité.

- Si le patient n'est pas sujet à des phénomènes d'hypersensibilité, le choix anti-infectieux portera préférentiellement sur les pénicillines qui peuvent être prescrites en toute sécurité chez le patient ulcéreux.

9. Les maladies rénales

9.1. Définition

La maladie rénale regroupe un ensemble de pathologies affectant la structure et le fonctionnement des reins, pouvant évoluer vers une insuffisance rénale chronique. Elle se caractérise par une diminution progressive de la capacité des reins à filtrer correctement le sang, ce qui entraîne une accumulation de déchets dans l'organisme. [167, 168]

Les principales catégories de maladies rénales sont :

- Les maladies glomérulaires, qui touchent les glomérules, les unités filtrantes du rein, souvent associées à une inflammation (glomérulonéphrites). [169, 170]

- Les néphropathies tubulo-interstitielles, affectant le tissu interstitiel et les tubules rénaux, souvent causées par des infections répétées ou des intoxications. [169, 170]

- Les maladies vasculaires rénales, liées notamment à l'hypertension artérielle, qui endommagent les vaisseaux sanguins du rein [169].

- Les maladies héréditaires, comme la polykystose rénale, caractérisées par le développement de kystes multiples dans les reins [169].

La maladie rénale chronique est définie par une altération de la fonction rénale persistante depuis au moins 3 mois, avec un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 mL/min/1,73 m² ou des anomalies urinaires [167, 171]. Elle évolue lentement et peut aboutir à une insuffisance rénale terminale nécessitant dialyse ou transplantation [172].

Les causes principales sont le diabète et l'hypertension artérielle, mais aussi les infections rénales, les intoxications, et certaines maladies génétiques [169, 167].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique la prévalence de la parodontite chronique est notamment sévère et plus importante que chez les patients sains, ce phénomène s'expliquant entre autres par les troubles du métabolisme de la vitamine D causés par cette pathologie [173].

On distingue 5 stades d'insuffisance rénale chronique : [174]

Tableau 41 : Les différents stades de l'IRC

Stade	Définition	DFG
Stade 1	Maladie rénale sans modification du DFG	DFG \geq 90 ml/min
Stade 2	Insuffisance rénale débutante	Dfg entre 89 et 60 ml/min
Stade 3	Insuffisance rénale chronique modérée	Dfg entre 59 et 30 ml/min
Stade 4	Insuffisance rénale chronique sévère	Dfg entre 29 et 15 ml/min
Stade 5	Insuffisance rénale chronique terminale	Dfg < 15 ml/min

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

9.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'insuffisance rénale Chronique

Tableau 42 : Traitement, répercussions, et risques potentiels de l'insuffisance rénale chronique

Prise en charge médicamenteuse	Répercussion buccales	Risques potentiels
<ul style="list-style-type: none"> -Hyper uricémie (Zyloric) ®, Colchicine (Colchimax) ®. -Héparine (chez les Hémodialysés). - Les corticostéroïdes (prednisolone et prednisone) -Les inhibiteurs de la calcineurine : Tacrolimus, ciclosporine (Neoral). 	<ul style="list-style-type: none"> -Le goût métallique résultant de la concentration accrue d'urée dans la salive et de sa transformation en ammonium. -Pâleur des muqueuses en raison de l'anémie (Figure 02). -Xérostomie, halitose. -Lésions muqueuses. -Inflammation gingivale marquée [175]. -Hyperplasie gingivale, surtout chez les patients dialysés ou transplantés [175]. -Anomalie de structure osseuse. 	<ul style="list-style-type: none"> -Infectieux : Baisse de l'immunité due à la maladie / immunodépression en cas de traitement immunosuppresseur. -Hémorragique : Trouble de l'hémostase lié à la maladie et/ou au traitement. - Médicamenteux : Adaptation des posologies, médicaments contre-indiqués, interactions médicamenteuses. -Autres : Risque de contamination en cas d'AES (hépatite, HIV).



Figure 12 : Altérations parodontales et Pâleur des muqueuses [174]

Toute personne avec une insuffisance rénale chronique est à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé [5]

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

9.2.1. Prise en charge en odontologie [136]

• Il est primordial de contacter le médecin traitant pour les patients en insuffisance rénale terminale et de connaître la valeur du débit de filtration glomérulaire, la NFS, le TP, et le TCA avant de réaliser des actes susceptibles d'être à l'origine d'un saignement.

- Prescription d'une antibioprophylaxie en cas de geste invasif.
- Afin de prévenir les éventuelles difficultés liées à l'effet anticoagulant de l'héparine, les soins seront programmés le jour suivant la dialyse, ou la veille de celle-ci.
- Précautions à l'égard des troubles de l'hémostase et de la coagulation.
- Eviter les anesthésies intraligamentaires → risque infectieux accru.
- Anesthésie locorégionale déconseillée : risque d'hématome latéropharyngé bilatéral et de dyspnée.

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [176]

• AINS déconseillés pour un DFG > 60 ml/mn, puis contre-indiqués quand celui-ci est inférieur. (Privilégier les corticoïdes AIS).

• Codéine CI quand le DFG est < 30 mL/mn (Paracétamol : uniquement en cure courte)

• Adaptation de la dose en fonction de la clairance de la créatinine (pénicillines, tramadol, fluconazole, aciclovir).

- Se référer au Vidal® avant toute prescription.
- Adaptation de la posologie de l'amoxicilline selon le DFG :
 - DFG > 30 : Posologie normale : 1 g toutes les 8 h (ou selon indication) DFG 30_10 : 500 mg à 1 g toutes les 12 h.
 - DFG < 10 : 500 mg toutes les 24 h Hémodialyse : 500 mg après chaque séance.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

10. Maladies inflammatoires

10.1. Maladies inflammatoires chroniques intestinales

10.1.1. Définition

Les Maladies inflammatoires Chroniques intestinales (MICI) sont caractérisées par l'inflammation chronique d'une partie de la muqueuse intestinale à l'origine d'ulcérations. Les causes exactes de ces maladies sont inconnues bien que certains facteurs environnementaux génétiques et immunologiques aient été identifiés. Les MICI sont caractérisées par des phases d'activité entrecoupées de phases de rémission. En phase aiguë (phase d'activité), ces maladies se traduisent par des douleurs abdominales, des selles aqueuses [7].

10.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des maladies inflammatoires chroniques intestinales

Tableau 43 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des MICI [7]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
<ul style="list-style-type: none">- Méسالazine : forme légère à modérée, en cas de rectocolite hémorragique.- Corticoïdes : en cas de poussée inflammatoire.- Immunosuppresseurs : mercaptopurine (Purinéthol®), azathioprine (Imurel®), méthotrexate.- Biothérapie anti-TNF : infliximab (Remicade®), adalimumab (Humira®) ...- Antibiotiques : métronidazole (Flagyl®), ciprofloxacine (Ciflox®).- Chirurgie en cas d'échec du traitement médical.	<ul style="list-style-type: none">- Ulcération buccale.- Autres lésions de la muqueuse buccale : hyperplasies polypoïdes, chéilites.- Augmentation du risque carieux (due aux modifications alimentaires).- Retard d'éruption des dents temporaires et hypoplasies amélaire.- Augmentation du risque parodontal infectieux dû aux traitements (corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF...).	<ul style="list-style-type: none">- Risque Infectieux dû aux traitements (corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF...).- Risque médicamenteux

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

10.1.3. Prise en charge [7]

- On doit identifier le traitement en cours Parmi les traitements, on retrouvera fréquemment des corticoïdes au long cours, ou d'autres immunosuppresseurs tels que les biothérapies, qui entraînent une augmentation du risque infectieux. Donc il faudra L'antibioprophylaxie en une dose unique d'antibiotiques une heure avant l'intervention tandis que l'antibiothérapie dure sur plusieurs jours.

- Il faudra privilégier les phases de rémission pour réaliser les soins et en phase d'activités que les traitements d'urgences.

- Contre-indications des AINS.

10.2. Sclérose en plaques (SEP)

10.2.1. Définition

Est une maladie neuro-dégénérative auto immune et inflammatoire chronique qui endommage la couche protectrice (la myéline) autour des nerfs et de la moelle épinière suite à l'inflammation. Les symptômes habituels comprennent des troubles visuels et oculomoteurs, des paresthésies, un déficit moteur, une spasticité, des troubles urinaires et des symptômes intellectuels légers [177].

10.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la sclérose en plaque

Tableau 44 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la SEP [178, 179].

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Risques potentiels
- Corticostéroïdes (Prednisone, Méthylprednisolone). - Immunosuppresseurs (Méthotrexate, mitoxantrone, cyclophosphamide). - Médicament à base d'interféron- β , acétate de glatiramère. - Anticorps monoclonaux (Natalizumab). - Myorelaxant. - Antidépresseurs tricycliques. - Anticonvulsivant (Gabapentine, Carbamazépine).	- Diminution voire absence de l'hygiène bucco-dentaire (l'HBD). - Xérostomie. - L'hyperplasie gingivale. - La mucite. - La stomatite. - La dysgueusie. - La candidose. - Chéilite angulaire [179].	- Risque infectieux. - Risque médicamenteux. - Risque hémorragique. - Risque anesthésique [179].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Anticholinergiques [178].		
-----------------------------	--	--

10.2.3. Prise en charge des patients atteints de SEP

- Évaluer l'état neurologique (fatigue, mobilité, forme évolutive) et les traitements.
- L'interféron bêta, courant en SEP, est bien toléré en odontologie, sans précautions particulières.
- En cas de traitement immunosuppresseur (méthotrexate, corticothérapie) : risque d'anémie, de neutropénie ou de thrombopénie. Une formule sanguine est recommandée avant tout acte invasif.
- Si neutropénie : instaurer une antibioprofylaxie pour les soins chirurgicaux (avulsions, lambeaux, greffes).
 - Amoxicilline 2 g per os, en prise unique 1 h avant ;
 - Clindamycine 600 mg en cas d'allergie.
- Éviter AINS, aspirine et AIS en cas de corticothérapie.
- Avec le méthotrexate : éviter AINS, aspirine, amoxicilline.
- En cas de thrombopénie : éviter anesthésie locorégionale.
- En cas d'immunosuppression : éviter anesthésie intra-ligamentaire.
- Adapter les soins (séances courtes, confort) et renforcer la prévention bucco-dentaire avec un suivi régulier.

11. Maladies osseuses et articulaires

Touchent les os et les articulations. Les plus fréquentes sont : la maladie de Paget, l'ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme articulaire RAA, la prothèse articulaire.

11.1. La maladie de Paget

11.1.1. Définition

La maladie osseuse de Paget est une maladie chronique du squelette dans laquelle des régions localisées du tissu osseux sont soumises à un remodelage pathologique, entraînant une hypertrophie et une fragilisation de l'os dans ces zones [181].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget

Tableau 45 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de la maladie de Paget.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccale	Risques potentiels
-Bps juste en cas de localisation osseuse douloureuse [182]. -Les analgésiques -La calcitonine (alternative aux bps). -Calcium et de vitamine D [181].	-Une hypercémentose qui peut entraîner une ankylose par la suite. -Mobilités et migrations dentaires. -Des calcifications pulpaire ont été décrites compliquant alors les soins endodontiques. -Des calcifications salivaires et radiculaires peuvent également être retrouvées. -Des remaniements osseux : une hypertrophie et un élargissement de la mâchoire, la crête alvéolaire s'élargit et le palais s'aplanit (Smith BJ, 1981). -Résorptions radiculaires externes [136].	-Risque infectieux : risque d'ONM lié au traitement par Bps. - Risque hémorragique : en cas de localisation maxillaire, un geste invasif tel une extraction dentaire potentialise ce risque [36].

11.1.3. Prise en charge en odontologie [183, 184].

- **Evaluer le risque d'ONM lié aux Bps.**
- **La prévention dentaire ne se résume pas à l'extraction dentaire.**
- **Un bilan pré-thérapeutique pratiqué par un chirurgien-dentiste et faisant le bilan de la santé orale est essentiel pour diminuer le risque d'ONM sous inhibiteurs de la résorption osseuse.**
 - **Tous les soins restaurateurs et endodontiques sont possibles est privilégiés.**
 - **Chirurgie parodontale : à éviter en raison du risque accru d'ONM.**
 - **Précautions d'hémostases particulières pour prévenir le risque hémorragique (revoir prise en charge des patients sous anticoagulants).**
 - **Les complications infectieuses fréquemment observés au décours d'une intervention de chirurgie orale pourront justifier la prescription d'antibiotiques chez ces patients.**
- **Suivi et collaboration interdisciplinaire.**

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.2. L'ostéoporose

11.2.1. Définition

L'ostéoporose est une maladie du squelette caractérisée par une diminution de la masse osseuse, avec pour conséquence une fragilisation osseuse et une augmentation du risque de fracture [185].

11.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose

Tableau 46 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels de l'ostéoporose.

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques liés à la maladie
-Inhibiteurs de la résorption osseuse : Bps et dénosumab. -Stimulateurs de la formation osseuse : teriparatide, le raloxifène et le romosozumab. -Vitamine D et calcium [181].	-Perte osseuse de la mâchoire et déchaussement dentaire. -Un faible apport en calcium peut augmenter le risque de maladie parodontale. -Une faible (DMO) générale est associée à un risque accru de progression de la maladie parodontale, [186-187].	-Risque infectieux : risque d'ONM lié au traitement par Bps.

11.2.3. Prise en charge en odontologie [188].

- Avant traitement anti-résorbeur :

Les extractions dentaires doivent être réalisées avant le début du traitement, avec une cicatrisation muqueuse complète (environ 15 jours) avant de démarrer le traitement.

- Pendant le traitement :

- Le risque d'ONM dépend surtout de la durée et de la dose cumulée du traitement, plus que de la voie d'administration (orale ou IV).

- Les extractions dentaires sont possibles sous traitement, à condition de prendre des précautions : contrôle de l'inflammation locale (détartrage, bains de bouche à la chlorhexidine), antibioprofylaxie, technique chirurgicale atraumatique et suivi rigoureux de la cicatrisation.

- La pose d'implants est également possible sous certaines conditions strictes : prophylaxie antibiotique, cicatrisation primaire, absence de facteurs de risque comme tabac, alcool, mauvaise hygiène).

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Pour le zolédronate (perfusions), il est possible de décaler la perfusion de 1 à 2 mois autour d'une intervention dentaire pour réduire le risque.

- Pour le dénosumab, il est conseillé d'attendre environ 6 mois après l'injection avant de réaliser des extractions, car son effet sur le remodelage osseux est réversible rapidement. Le traitement doit être repris dès cicatrisation pour éviter la perte osseuse.

- **Prise en charge des cas d'ONM :**

En cas d'ostéonécrose avérée, la prise en charge est souvent hospitalière, avec débridement chirurgical limité, antibiothérapie et soins locaux, en collaboration avec des spécialistes.

11.3. Les polyarthrites rhumatoïdes PR

11.3.1. Définition

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie dégénérative inflammatoire chronique, caractérisée par une atteinte articulaire souvent bilatérale et symétrique, évoluant par poussées vers la déformation et la destruction des articulations atteintes [189].

11.3.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de PR

Tableau 47 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de PR

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
1/Traitement calmant la douleur : antalgiques, AINS, corticoïdes. 2/Traitement du fond : -En 1 ^e intention : le méthotrexate, léflunomide, sulfasalazine. -En 2 ^e intention : biothérapie, anticorps monoclonal, anti TNF. -En 3 ^e intention : inhibiteur des Janus kinases [191].	La polyarthrite rhumatoïde peut se manifester par : -Maladie parodontale et sécheresse buccale. -Ulcération. -Dysfonction de l'ATM : des douleurs et des craquements articulaires et une limitation de l'ouverture buccale [190].	-Risque infectieux. -Retard de cicatrisation. -Risque hémorragique [190].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.3.3. Prise en charge en odontologie [190, 192].

- Avant la réalisation de l'acte, prescrire une antibioprofylaxie en cas de gestes invasifs.
- Une adaptation des soins bucco-dentaires est nécessaire selon l'âge du patient et la sévérité de la PR.
- Pour les actes invasifs, une suspension de traitement pourra être discutée avec le médecin prescripteur.
- Tenir compte de la capacité du patient à accepter les séances de soins qui peuvent être longues et inconfortables.
- Un temps de saignement et une évaluation plaquettaire seront réalisés pour les patients sous AINS si des actes à l'origine de saignement sont envisagés.
- Les soins dentaires restaurateurs et endodontiques sont possibles en respectant les précautions générales.
- Porter une attention particulière au confort du patient sur fauteuil, travailler sur des séances courtes (soin long : cale bouche), gouttière occlusale, soins préventifs.
- Le calendrier de suivi sera parfois différent (consultation tous les 6 mois par exemple), et des thérapeutiques fluorées pourront être proposées pour limiter le risque carieux.

11.4. Le rhumatisme articulaire aigu RAA

11.4.1. Définition

Le rhumatisme articulaire aigu est une complication inflammatoire aiguë, non suppuré, d'une infection pharyngée à streptocoque du groupe A, caractérisée par l'association d'arthrite, de cardite, de nodosités sous-cutanées, d'érythème marginé et de chorée. Le diagnostic repose sur les critères de Jones modifiés appliqués aux antécédents, à l'examen clinique et aux examens de laboratoire [193].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.4.2. Traitement, répercussions buccales et risque lié a le RAA

Tableau 48 : Traitement, répercussions buccales et risque lié a le RAA

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
-Antibiotiques. -Aspirine. -Parfois, des corticostéroïdes [193].	Pas d'atteinte buccale directe spécifique : Le RAA n'entraîne pas de lésions buccales ou dentaires spécifiques. Les symptômes buccaux sont liés à la pharyngite initiale (douleur, inflammation) plutôt qu'au RAA lui-même [193].	Risque d'endocardite infectieuse [193].

11.4.3. Prise en charge en odontologie [193-195]

Chez les patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu (RAA), la prise en charge odontologique requiert des précautions particulières en raison du risque de complications cardiaques, notamment les valvulopathies chroniques.

- **Antibioprophylaxie recommandée pour les patients présentant une atteinte valvulaire cardiaque à haut risque, notamment avant des soins à risque de bactériémie, tels que les extractions ou DSR. L'administration d'amoxicilline 2 g par voie orale 1 heure avant l'intervention.**
 - En cas d'allergie à la pénicilline, la clindamycine (600 mg per os) est l'alternative recommandée.
 - Pendant la séance, il est conseillé de réduire le stress du patient, de limiter les actes invasifs à l'essentiel et d'assurer une hygiène bucco-dentaire optimale afin de prévenir les foyers infectieux.
 - L'avis du médecin traitant ou du cardiologue est essentiel pour coordonner la prise en charge et ajuster les recommandations au profil médical du patient.
 - Un suivi post-opératoire rigoureux permet de détecter précocement toute complication infectieuse ou cardiaque éventuelle.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.5. Les prothèses articulaires

11.5.1. Définition

Une prothèse articulaire est un ajout ou mieux une substitution synthétique destinée à remplacer en partie ou en totalité les surfaces articulaires d'une articulation humaine ou animale. La restauration associée des moyens d'union passifs est limitée, partielle ou totale. C'est une endoprothèse [196].

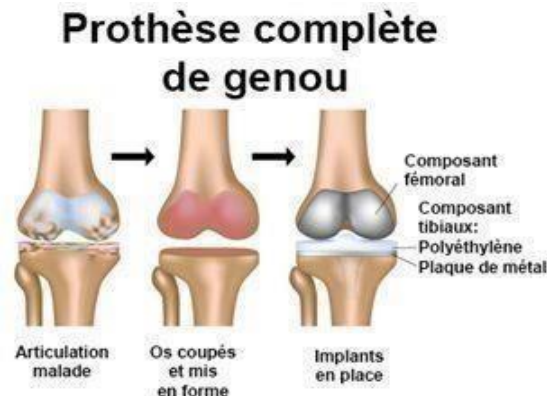


Figure 13 : Prothèse complète de genou [197]

11.5.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels liées à la prothèse articulaire

Tableau 49 : Traitements, risques potentiels liés à la prothèse

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
-Corticoïdes Leur utilisation doit être prudente et bien surveillée. Augmentent le risque d'infections et la nécrose osseuse [198].	La prothèse articulaire elle-même (genou, hanche, etc.) n'entraîne pas directement de répercussions sur la cavité buccale. -Sécheresse buccale ou des modifications de la muqueuse orale à cause des traitements à long terme (antibiotiques, corticoïdes, etc.),	Toute prothèse articulaire peut être exposée à un risque d'infection, mais les bactériémies d'origine buccodentaire ne sont pas systématiquement responsables de ces infections [199].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

11.5.3. Prise en charge en odontologie

- Motivation à l'hygiène avant la mise en place de la prothèse.
- L'indication d'une antibioprofylaxie chez les patients porteurs de prothèses articulaires a évolué. Recommandée en 2010 par la Société Swiss Orthopedics puis par la HAS en 2014, elle a été remise en question en 2016 par la même société. En 2024, la SFCO l'a de nouveau recommandé, mais uniquement en cas de gestes invasifs et de facteurs de risque associés.
 - Une antibioprofylaxie peut être envisagée en cas de risque infectieux élevé (immunosuppression sévère, antécédent d'infection de prothèse, soins dentaires sur foyer infectieux avéré), mais cela doit faire l'objet d'une discussion multidisciplinaire (dentiste, infectiologue, orthopédiste) [194].
 - Il est impératif de rechercher et d'éliminer tout foyer infectieux buccodentaire avant la mise en place de la prothèse articulaire.
 - Porter une attention particulière au confort du patient sur fauteuil.
 - Travailler sur des séances Apres les gestes chirurgicaux de la mise en état de la cavité buccale, la pose de prothèse articulaire n'est faite qu'une fois la cicatrisation est acquise.
 - Programmer un suivie tous les 6mois après la pose de prothèse articulaire.

12. Trouble psychiatrique /psychologique et handicap

12.1. Dépression

12.1.1. Définition

Les troubles dépressifs se manifestent par une tristesse intense ou persistante qui perturbe la vie quotidienne, souvent accompagnée d'une perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie). Leur origine est complexe, liée à des facteurs génétiques, biologiques et psychosociaux [200].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

12.1.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de dépression

Tableau 50 : Traitement ; répercussions buccales et risques potentiels de dépression
[7,201,202]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
<p>-Dépression légère : Souvent prise en charge par un soutien psychothérapeutique seul.</p> <p>-Dépression modérée à sévère : Nécessite généralement la prescription d'antidépresseurs associés à une psychothérapie.</p> <p>-Dépression résistante : Lorsque les traitements classiques échouent, des alternatives comme la stimulation magnétique transcrânienne, la lumineothérapie, la photobiomodulation, ou des psychédéliques (kétamine, psilocybine) sont explorées.</p>	<p>-Sécheresse buccale (xérostomie) : Un effet secondaire fréquent des antidépresseurs, notamment des ISRS.</p> <p>-Favorise des complications comme les caries rapides, les infections mycosiques (candidoses) et les maladies parodontales.</p> <p>-Diminution de l'hygiène buccale.</p> <p>-Bruxisme : Certains antidépresseurs peuvent induire des troubles du sommeil et du bruxisme, provoquant douleurs musculaires et usure dentaire.</p> <p>-Altération du goût.</p>	<p>-Hémorragique : Pour les patients traités par ISRS.</p> <p>-Anesthésique : Précautions vis-à-vis de la dose d'anesthésique et des vasoconstricteurs.</p> <p>-Médicamenteux : -Risque d'interactions médicamenteuses.</p>

12.1.3. Prise en charge en odontologie

- **Contacter le médecin traitant ou le psychiatre traitant si la dépression n'est pas traitée ou si le patient est en rupture de traitement.**

- **Si la dépression est traitée ; tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.**

- **Motiver le patient à l'hygiène bucco-dentaire.**

- **Prendre en charge l'hyposialie (prévention fluorée, sialogogues, mais d'efficacité relative...).**

- **Limiter le stress du patient.**

- **S'assurer d'avoir une analgésie efficace avant de débiter les soins.**

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- **Prémédication sédatrice et/ou MEOPA (si le patient est stressé).**
 - **Chez les patients sous antidépresseurs tricycliques, il ne faut pas utiliser de la noradrénaline et il faut limiter la dose totale de vasoconstricteurs. En pratique, la dose totale ne devrait pas excéder le tiers de la dose utilisée chez un patient non traité.**
 - **Chez les patients traités par IMAO non sélectifs, la dose totale d'adrénaline doit être limitée à 0,1 mg, soit 5 cartouches dosées à 1/100 000.**
- **Précaution vis-à-vis de la prescription médicamenteuse :**
- **Antibiotiques :**
 - **Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.**
 - **Macrolides (érythromycine) : diminuer les posologies chez les patients sous ISRS.**
 - **Antalgiques et anti-inflammatoires.**
 - **Le tramadol doit être utilisé avec précaution chez les patients traités par ISRS.**
 - **Le tramadol est déconseillé chez les patients traités par IRSNA.**
 - **AINS déconseillés chez les patients traités par Lithium.**
 - **Il n'y a pas de contre-indication à réaliser des actes bucco-dentaires chez les patients déprimés traités et contrôlés [7].**

12.2. Toxicomanie

12.2.1. Définition

La toxicomanie désigne la consommation abusive de substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac, les amphétamines, la caféine, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne, les hallucinogènes (dont le LSD), la méthadone, etc. Cette consommation peut entraîner une dépendance, qu'elle soit physique (besoin corporel) ou psychologique (besoin mental ou émotionnel). Bien que la toxicomanie soit étroitement liée à la santé mentale, elle n'est généralement pas classée comme une « maladie mentale » au sens strict. Cependant, elle peut coexister avec d'autres troubles psychiatriques et aggraver des problèmes de santé mentale [203].

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

12.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie

Tableau 51 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels de la toxicomanie [7, 203, 204]

Prise en charge médicamenteuse	Répercussions buccales	Risques potentiels
Traitement de substitution pour l'héroïne : -Méthadone. -Buprénorphine. Traitement du sevrage des cocaïnomanes : -Agonistes dopaminiques. -Propanolol. -Benzodiazépines.	-Hyposialie. -Risque carieux et parodontal augmentés. -Nécrose tissulaire. -Bruxisme. Douleur musculaire et articulaire.	-Risque infectieux : altération de l'immunité, risque d'EI pour les toxicomanes par voie intraveineuse. -Risque hémorragique : en cas de thrombopénie. -Risque anesthésique. -Risque allergique : chez les Cocaïnomanes.

12.2.3. Prise en charge en odontologie [7, 205, 206].

- Interroger systématiquement le patient sur une éventuelle automédication, la consommation de substances psychoactives et les traitements en cours, notamment les médicaments de substitution (méthadone, buprénorphine).

- Éviter tout jugement ou stigmatisation, et privilégier une approche centrée sur le patient.

- Évaluer la motivation du patient à l'hygiène bucco-dentaire et prodiguer des conseils nutritionnels adaptés, en insistant sur la prévention des caries et des maladies parodontales, souvent aggravées par la consommation de substances.

- Prescrire une antibioprofylaxie avant les actes à risque infectieux (extractions, traitements endodontiques, détartrages) chez les patients à risque, en particulier ceux ayant des antécédents d'injection intraveineuse, pour prévenir l'endocardite infectieuse.

- Pour les toxicomanes par voie veineuse, appliquer les mêmes précautions que pour les patients à risque d'endocardite infectieuse.

- Précautions vis-à-vis de l'anesthésie

- Adapter la quantité d'anesthésique local : les toxicomanes peuvent nécessiter des doses plus élevées en raison d'une tolérance accrue.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Pour les consommateurs de cocaïne, attendre au moins 24 heures après la dernière prise avant d'utiliser un anesthésique avec vasoconstricteur (adrénaline), car la cocaïne potentialise les effets cardiovasculaires des vasoconstricteurs, augmentant le risque d'arythmie, d'hypertension et d'infarctus.

- Chez les patients sans altération sévère de l'état général, tous les soins sont envisageables avec respect des précautions générales, notamment la réalisation des soins endodontiques sous digue pour limiter les risques infectieux.

- Chez les patients présentant une altération sévère de l'état général (malnutrition, immunodépression, complications infectieuses), privilégier une prise en charge hospitalière.

- Prévention et hygiène

Prescrire des bains de bouche fluorés en complément du dentifrice fluoré pour renforcer la prévention des caries, fréquentes chez les patients toxicomanes.

- Précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses :

- Les morphiniques de palier III (morphine, oxycodone, fentanyl) sont contre-indiqués chez les patients sous buprénorphine ou naltrexone, en raison de risques d'inefficacité ou de syndrome de sevrage.

- Les morphiniques de palier II (codéine, tramadol) sont déconseillés chez ces mêmes patients.

- Les opiacés doivent être utilisés avec précaution chez les patients sous méthadone et chez les consommateurs réguliers d'héroïne, en raison du risque de surdosage ou d'interactions.

- Les corticoïdes sont également à utiliser avec prudence chez les patients sous méthadone.

12.3. Troubles du spectre de l'autisme (TSA)

12.3.1. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, apparaissant avant l'âge de trois ans, et entraînant une perturbation du fonctionnement dans trois domaines essentiels : les interactions sociales réciproques, la communication, et les comportements restreints et répétitifs. Reconnu comme un handicap depuis 1996, l'autisme

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

nécessite une prise en charge adaptée. Dans un rapport publié en 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande des interventions comportementales et développementales, mises en place dès le plus jeune âge, après un diagnostic précoce, généralement entre 18 mois et 4 ans. L'implication active des parents dans le suivi est également encouragée, car elle contribue à favoriser une évolution plus rapide et positive chez l'enfant [207].

12.3.2. Répercussions buccales et particularités du patient autiste

Tableau 52 : Répercussions buccales et particularités du patient autiste [208, 209]

Répercussion buccale	Particularité du patient autiste
-Prévalence élevée de caries dentaires. -Gingivites et pathologies parodontales. -Traumatismes buccaux. -Conséquences des pathologies associées ; certaines maladies génétiques liées à l'autisme (syndrome X fragile, syndrome de Rett, sclérose tubéreuse) provoquent des anomalies dentaires comme des puits dans l'émail, du bruxisme, ou des modifications osseuses.	-Problème de communication verbale ou non verbale. -Comportements répétitifs et stéréotypés. -Déficience dans les interactions sociales. -Sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels (sons et couleurs vives). -Mouvements incontrôlables, inhabituels et imprévisibles. -Champ de vision latérale. -Maladies associées (épilepsie).

12.3.3. Prise en charge en odontologie

La prise en charge en odontologie vise à optimiser l'accueil, réduire l'anxiété et améliorer le confort du patient tout au long de sa visite ; pour cela, il faut :

- Diminuer l'attente du patient.
- Accueillir le patient avec une attitude souriante et avenante, l'accompagner en salle de soins pour instaurer un climat de confiance.
- Utiliser des techniques de désensibilisation, comme banaliser la visite dentaire et rencontrer régulièrement le patient avant les soins.
- Évaluer le niveau d'anxiété du patient et recueillir des informations sur son comportement, ses craintes, ses centres d'intérêt, son mode de communication, ainsi que ses sources de stimulation ou d'automutilation.
- Adapter l'environnement en éloignant toute source de stimulation stressante.
- S'adapter au degré de compréhension du patient en utilisant des phrases simples et courtes.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

- Adopter une approche psychologique avec la technique « dire – montrer – faire » pour rassurer le patient.

Pour une meilleure prise en charge préventive :

- Pose du sealant et un protège-dent contre les traumatismes pour limiter un éventuel besoin de soins.

- Prescrire une prémédication sédatrice si nécessaire, en fonction du degré de coopération du patient. Dans plusieurs pays européens, le MEOPA est couramment utilisé dans les structures spécialisées pour les soins dentaires des patients autistes. En France, Belgique et Suisse, son emploi dans les centres médico-sociaux et hospitaliers permet une prise en charge moins invasive, évitant souvent l’anesthésie générale. [209, 210].

12.4. Trouble du développement intellectuel

12.4.1. Définition

Le trouble du développement intellectuel (TDI), anciennement appelé « déficit mental » ou « retard mental », est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et des capacités adaptatives, apparaissant avant l’âge de 18 ans. Il affecte les compétences conceptuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification), sociales (communication, responsabilité sociale) et pratiques (soins personnels, gestion de la vie quotidienne) [210].

12.4.2. Répercussions buccales chez le déficit mental

Tableau 53 : Répercussions buccales chez le déficit mental [211]

<i>Répercussions buccales</i>
-Pathologies carieuses et parodontales.
-Anomalies dentaires (retard d’éruption, anomalies de nombre, anomalies de forme, anomalies de structures ou anomalie de volume).
-Traumatismes.
-Bruxisme.
-Anomalie des bases osseuses et malocclusion.
-Troubles des fonctions orales.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

12.4.3. La prise en charge en odontologie

La prise en charge en odontologie des patients présentant un trouble du développement intellectuel doit être adaptée à leurs besoins spécifiques, en tenant compte de leurs capacités de coopération et de leurs particularités sensorielles.

- Avant la réalisation de l'acte, il est essentiel d'accueillir le patient avec bienveillance, de le rassurer en utilisant un langage simple et clair, et de procéder à un interrogatoire rigoureux avec le patient et son accompagnant afin d'évaluer son état de santé général et sa capacité de coopération.

- La prescription d'une sédation anxiolytique, notamment une sédation consciente par inhalation MEOPA, peut être envisagée pour réduire l'anxiété et faciliter le soin.

- Pendant la réalisation de l'acte, il est recommandé de maintenir la tête du patient, de le placer en position verticale ou semi-assise pour éviter les fausses routes, et de travailler en séances courtes afin de maintenir son attention et son confort.

- Des pauses fréquentes doivent être prévues pour limiter la fatigue et le stress, Il faut éviter de contrarier les mouvements involontaires du patient en essayant plutôt de les accompagner [211, 212].

12.5. Déficit moteur

12.5.1. Définition

Selon la Classification Internationale des Maladies, 11e révision (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le déficit moteur correspond à une altération partielle ou totale de la fonction motrice. Cette altération résulte d'un trouble neurologique, traumatique ou développemental affectant la capacité à exécuter des mouvements volontaires, ce qui impacte la mobilité et la coordination motrice de la personne concernée [210].

12.5.2. Prise en charge en odontologie

La prise en charge des patients présentant des déficiences, notamment en odontologie, diffère de celle du reste de la population en raison des difficultés spécifiques rencontrées pour mettre en œuvre les thérapeutiques nécessaires. Ces difficultés peuvent être résumées par la règle des trois « A » : Accessibilité, Adaptation et Approche comportementale.

Chapitre II : Risque lié à une pathologie

L'accessibilité implique la mise en place de dispositions architecturales et d'équipements adaptés, tels que des ascenseurs et des portes automatiques, permettant aux patients d'accéder facilement au cabinet dentaire.

L'adaptation concerne l'aménagement ergonomique du cabinet pour offrir une prise en charge buccodentaire adaptée aux besoins et aux limitations des patients présentant une déficience.

Enfin, l'approche comportementale vise à répondre de manière appropriée aux comportements spécifiques des patients, en utilisant notamment la technique de sédation par inhalation de MEOPA (protoxyde d'azote) pour faciliter la prise en charge des patients présentant des troubles sévères du comportement, améliorant ainsi leur confort et la qualité des soins [212].

13. Patient atteint du COVID

Le patient ayant déjà contracté la COVID19 est considéré en odontologie comme un patient à risque, notamment en raison des séquelles possibles post-infection. Sa prise en charge doit donc être adaptée pour garantir la sécurité du patient et du personnel soignant.

13.1. Principales séquelles observées [213]

- Mentales/psychologiques : anxiété, dépression, stress post traumatique.
- Digestives : nausées, diarrhée.
- Respiratoires : Essoufflement, toux prolongée, gêne respiratoire Palpitations, douleurs ou oppression thoracique.

13.2. Complications organiques possibles [214, 215]

- Atteintes pulmonaires : fibrose, diminution durable de la capacité respiratoire Atteintes cardiaques : myocardite, arythmies, insuffisance cardiaque.
- Atteintes neurologiques : accidents vasculaires cérébraux, crises d'épilepsie, syndrome de Guillain Barré, engourdissements, acouphènes.
- Risque accru de maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, troubles auto-immuns.

13.2.1. Prise en charge des patients post-COVID [216, 217]

La PEC d'un patient présentant une séquelle de COVID19 doit être adaptée à la nature de la séquelle nécessitant des soins standardisés et personnalisés.

CHAPITRE III
RISQUE LIÉ A UN ETAT
PHYSIOLOGIQUE
PARTICULIER

Chapitre III : Risque lié à un état physiologique particulier

1. Grossesse et allaitement

1.1. Définition

La grossesse est un processus dynamique transitoire. Elle se divise en 3 périodes :

- Premier trimestre : embryogénèse et organogénèse, période où le fœtus est le plus sensible.
- Deuxième trimestre : maturation des organes.
- Troisième trimestre : fin de la maturation des organes. Au cours de cette période, on observera des modifications endocriniennes, neurologiques, cardiovasculaires, hématologiques, respiratoires et gastro-intestinales [1].

1.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la grossesse

Tableau 54 : Les répercussions sur la santé orale ainsi que les risques potentiels liés à la grossesse

Répercussions buccales	Risques potentiels
-Majoration de la flore buccale anaérobie. -Lésions gingivales inflammatoires (gingivites gravidiques, épulis...). -Augmentation des risques carieux et parodontal. -Hypersensibilités dentaires. -Conséquence non systématique des éléments ci-dessus : acidité endogène (vomissement, reflux gastro-œsophagien). -Hyper sialorrhée [1].	-Infectieux : Possible en cas de diabète gestationnel non contrôlé. -Anesthésique : Précautions vis-à-vis de la molécule utilisée. -Médicamenteux : Médicaments contre-indiqués. -Autres : Risque de syndrome cave [1].



Figure 14 : Epulis mandibulaire chez une femme enceinte [7]

Chapitre III : Risque lié à un état physiologique particulier

1.3. Prise en charge en odontologie [2, 218-222].

1.3.1. Prise en charge de la femme enceinte

La prise en charge en odontostomatologie doit considérer ces paramètres, elle revêt un aspect très important dans l'accompagnement de la femme enceinte dans son parcours de grossesse, ainsi de nouvelles recommandations ont été émises dans ce sens afin de prodiguer des lignes directrices aux praticiens comme suit :

- La sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire est nécessaire et doit être réalisé avant d'envisager une grossesse.

- Tous les actes bucco-dentaires sont autorisés dans le 2^{ème} trimestre. Toutefois, seuls les actes bucco-dentaires d'urgence sont autorisés pour le premier (risque tératogène élevé) et troisième trimestre (risque d'avortement ou accouchement prématuré).

- La dépose d'un amalgame dentaire est toujours contre-indiquée chez la femme enceinte, sauf en cas de nécessité clinique urgente, où il peut être déposé sous digue. Cette précaution est liée au risque d'exposition au mercure, un composant des amalgames, qui peut être libéré lors du perçage et potentiellement traverser la barrière placentaire [218].

- Les Radiographies dentaires sont autorisées sans avoir recours aux moyens de protection plombés (se référer aux recommandations de L'ADA) [221].

- Tous les soins dentaires doivent être réalisés en considérant le syndrome de la veine cave inférieure, où la femme enceinte risque d'avoir une hypotension et une syncope en rapport avec la compression de cette veine par l'utérus gravide, ainsi une position semi allongée est recommandée, avec des séances de soins raccourcis.

- Pour les prescriptions médicamenteuses ; les antibiotiques classiques utilisées en dentisterie sont autorisés à savoir : amoxicilline, métronidazole, spiramycine, clindamycine. Les tétracyclines sont contre indiqués par rapport au risque de provoquer des dyschromies dentaires.

- L'utilisation des AINS est formellement contre indiquée au 3^{ème} trimestre car ils provoquent la fermeture prématurée du canal artériel (canal de Botal) [222].

- L'utilisation de la codéine est autorisée avec beaucoup de prudence.

- Les corticoïdes peuvent être utilisés.

- Le paracétamol peut être utilisé.

Chapitre III : Risque lié à un état physiologique particulier

- Pour les anesthésiques, les recommandations contre-indiquent l'utilisation de mépivacaïne et de Bupivacaïne et préconisent l'articaïne et la Xylocaïne.

- **Sédation** : contre indiquée surtout 1er trimestre + dernier mois : Le 1^{er} trimestre risque tératogène. Le dernier mois de grossesse, en raison des risques de complications obstétricales (contractions utérines, prématurité).

- MEOPA possible sauf 1er trimestre [7].

1.3.2. Prise en charge de la femme allaitante [7].

- Tous les soins sont possibles.
- Précautions vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses.
- En cas de prescription : demander à la patiente de surveiller la survenue de vomissements, de diarrhées ou de signes cutanés (urticaire, érythème...) chez l'enfant allaité. Si de tels signes surviennent, faire arrêter immédiatement le traitement et prendre contact avec le médecin traitant.

- Privilégier l'utilisation d'articaïne.

Tableau 55 : Précautions vis-à-vis des prescriptions d'antibiotiques en odontologie [7]

		Grossesse	Allaitement
Antibiotiques	Autorisés	- Amoxicilline. - Amoxicilline + Acide clavulanique. - Clindamycine. - Josamycine. - Erythromycine. - Spiramycine. - Métronidazole*.	- Amoxicilline. - Amoxicilline + Acide clavulanique. - Josamycine.
	Déconseillés	-Azithromycine	-Cyclines. -Spiramycine. -Métronidazole. -Azithromycine.
	Contre indiqués	-Cyclines.	-Clindamycine.

*L'utilisation du métronidazole chez la femme enceinte reste un sujet controversé, en particulier au cours du premier trimestre du fait du risque malformatif encouru. Elle est donc déconseillée ou contre-indiquée pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, mais peut être envisagée au 2^{ème} et au 3^{ème} trimestre, sous surveillance médicale et si les bénéfices justifient

Chapitre III : Risque lié à un état physiologique particulier

les risques.

Tableau 56 : Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [7]

		Grossesse	Allaitement
Antalgiques et anti-inflammatoires	Autorisés	-Paracétamol. -Paracétamol/codéine (ponctuellement). -Corticoïde en cure courte.	-Paracétamol. -Ibuprofène. -Corticoïde en cure courte.
	Déconseillés	-AINS au 1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestre. -Tramadol.	Paracétamol/codéine (sauf ponctuellement et sous surveillance). -Tramadol.
	Contre indiqués	-Paracétamol + opium. -AINS à partir du début du 6 ^{ème} mois de grossesse.	-Paracétamol + opium.
Antifongiques	Autorisés	-Amphotéricine B topique. -Nystatine topique. -Miconazole topique.	-Nystatine sous surveillance.
	Déconseillés	-Amphotéricine B per os.	
	Contre indiqués	-Nystatine per os. -Fluconazole.	Fluconazole.
Autres	Autorisés	-Aciclovir.	-Aciclovir topique.
	Déconseillés	-Iode en intrabuccal. -Hydroxyzine (en accord avec le gynécologue traitant).	-Hydroxyzine.
	Contre indiqués		-Aciclovir per os.

Chapitre III : Risque lié à un état physiologique particulier

2. Patients âgés

2.1. Définition

Les patients âgés de plus de 60 ans présentent un terrain physiologique plus fragile en raison de la sénescence, c'est-à-dire une diminution progressive des capacités d'adaptation des systèmes biologiques liée à l'âge. Ils sont fréquemment atteints de multiples pathologies chroniques et exposés à un risque accru de perte d'autonomie ou d'aggravation de leur dépendance [223].

2.2. Répercussion buccales et particularités des patients âgés

Tableau 57 : Répercussions buccales et particularités des patients âgés

Répercussions buccales	Particularités des patients âgés
-Augmentation du risque carieux. -Sécheresse buccale. -Altération du gout. - Édentement. -Maladies parodontales. -Augmentation de l'incidence du cancer de la cavité buccale [224].	-Diminution de la capacité physique. -Guérison et cicatrisation ralentis. -Poly pathologies et poly médicaments. -Altération de la mémoire. -La motivation réduite. -Ils perçoivent plus difficilement le besoin de traitement et ne se font soigner que lorsqu'il y a urgence. -Anxiété accrue face au traitement qui conduit à un comportement d'évitement et trouble de l'humeur [224].

2.3. Prise en charge en odontologie

- **Apprécier les besoins spécifiques de ce groupe de patients et évaluer leur état de santé.**
- **Evaluer chaque individu en fonction de ses capacités physiques, sociales et psychologiques.**
- **Surveiller les manifestations buccodentaires de maladies systémiques et l'impact qu'elles ont sur le plan du traitement.**
- **Prendre en compte les questions d'accessibilité, notamment :**
 - **Les difficultés de transport.**
 - **L'accès au cabinet dentaire.**
 - **Les problèmes de communication.**
- **Eviter une prémédication sédatrice car il peut y avoir une sensibilité accrue aux benzodiazépines et donc difficulté respiratoire [223, 224].**

CHAPITRE IV
LES PATIENTS SOUS
MÉDICATION A RISQUE

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

1. Patients sous radiothérapie cervico-faciale

1.1. Définition

La radiothérapie est une méthode de traitement des cancers en utilisant des radiations ionisantes délivrées à une certaine dose (mesurée en Grays) altérant l'ADN de la cellule tumorale, entravant ainsi sa capacité à se multiplier [225].

La radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) permet d'adapter les doses délivrées aux territoires traités ; elle a une place importante dans le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures [225, 226].

On peut distinguer deux méthodes de radiothérapie :

- D'une part la radiothérapie externe, lors de laquelle les rayons sont dirigés sur la tumeur à partir d'une source extérieure au corps.
- D'autre part la curiethérapie interstitielle, pour laquelle des aiguilles radioactives sont placées dans la tumeur directement [225, 226].

1.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie

Tableau 58 : Répercussions buccales et risques potentiels de la radiothérapie

Répercussions buccales [5, 7, 227]	Les risques potentiels [7]
Aigues : Mucites et Trismus. Chroniques : Hyposialie voire asialie, responsables de : -Caries. -Maladie parodontale. -Mycoses. -Altération du goût. -Constriction des mâchoires. -Ostéoradionécrose : (ORN) est une des répercussions buccales les plus redoutées et est à l'origine d'une augmentation du risque infectieux, localement. Elle résulte d'une diminution des moyens de défense de l'os avec pour conséquence une altération de ses capacités réparatrices et régénératrices.	-Risque infectieux : Augmenté localement par le risque d'ONM. -Risque anesthésique : Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs et de la technique employée.



Figure 15 : Caries chez un patient traité par radiothérapie cervico-faciale [7]



Figure 16 : Ostéoradionécrose mandibulaire droite [7]

1.3. Prise en charge en odontologie

- Avant la radiothérapie :

- Un bilan bucco-dentaire complet est indispensable, incluant un examen clinique et radiologique (panoramique dentaire, radiographies rétroalvéolaires) pour détecter et traiter les foyers infectieux. Il faudra ainsi réaliser des gouttières thermoformées pour la fluoroprophylaxie . [5, 228, 230].

- La mise en état bucco-dentaire vise à éliminer les infections, extraire les dents non conservables ou à risque dans les zones qui seront irradiées, afin de réduire le risque d'ORN au moins 15 jours à 3 semaines avant l'irradiation [5, 229].

- Le patient doit être informé des effets secondaires possibles (ORN, Mucite...) et des mesures d'hygiène à adopter [230].

- **Précautions vis-à-vis des soins parodontaux :**

- Avant irradiation, seuls des détartrages, des surfaçages et certaines gingivectomies sont acceptables.
- La chirurgie parodontale est contre- indiquée, car le délai de cicatrisation disponible avant le début de l'irradiation est souvent insuffisant.

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

- **Prise en charge du patient pendant une radiothérapie cervico-faciale :**
 - **Maintien d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse avec brossage adapté et bains de bouche pour limiter les mucites et infections [229, 230].**
 - **Décision prise avec le radiothérapeute en fonction de l'acte à réaliser.**
- **Prise en charge du patient après une radiothérapie cervico-faciale [228] :**
 - ✓ **Si irradiation cervico-faciale <40 Gy :**
 - Pas de précautions particulières.**
 - ✓ **Si irradiation cervico-faciale \geq 40 Gy :**
 - **Si soin non invasif comme : restauration coronaire, parodontie non chirurgicale (détartrage, curetage, surfaçage superficiel...) : Pas de précaution particulière.**
 - **En cas de soin invasif, certaines précautions doivent être respectées :**
 - **L'anesthésie intra-septale et intra-ligamentaire est contre-indiquée.**
 - **L'utilisation de vasoconstricteurs est déconseillée.**
 - **Le geste doit être réalisé sous couverture antibiotique, débutée deux jours avant l'intervention, puis poursuivie pendant 7 jours, jusqu'à cicatrisation complète de la muqueuse.**
 - **Antibiothérapie recommandée : amoxicilline/acide clavulanique ou clindamycine (Dalacine), à doses curatives.**
 - **La chirurgie parodontale est contre-indiquée.**
 - **Les actes d'implantologie et d'orthodontie doivent être évalués au cas par cas.**
 - **Les extractions dentaires doivent obligatoirement être réalisées en milieu hospitalier.**

2. Patients sous chimiothérapie

2.1. Définition

La chimiothérapie est un traitement systémique du cancer reposant sur l'utilisation de médicaments cytotoxiques visant à détruire les cellules cancéreuses. Ces médicaments ciblent en priorité les cellules à division rapide, une caractéristique propre aux cellules tumorales.

La chimiothérapie est administrée par cycles, généralement toutes les 3 semaines, sur une durée de 4 à 6 mois. Elle peut être instaurée avant une chirurgie (on parle alors de chimiothérapie néoadjuvante) pour réduire la taille de la tumeur, ou après l'intervention (chimiothérapie adjuvante) afin d'éliminer les cellules résiduelles et limiter le risque de

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

récidive, selon le type de cancer et son stade évolutif.

Ces traitements affectent également les cellules saines à renouvellement rapide, notamment celles de la moelle osseuse, ce qui entraîne une aplasie médullaire. En général, la régénération de la moelle osseuse commence entre 7 et 14 jours après la fin d'un cycle, ce qui correspond à une fenêtre thérapeutique durant laquelle les paramètres hématologiques se normalisent, permettant d'envisager des actes dentaires en toutes sécurités. [231, 149].

2.2. Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie

Tableau 59 : Répercussions buccales et risques potentiels de la chimiothérapie [7].

Répercussions buccales	Les risques potentiels
-Mucites (ulcération, saignement, douleur et difficultés à l'alimentation). -Infections dus à la neutropénie. -Saignements dus à la thrombopénie. -Pâleur de la muqueuse buccale liée à l'anémie. -Maladies parodontales. -Hyposialie : caries et mycoses. -Altération du gout.	-Risque infectieux lié à une possible neutropénie. -Risque hémorragique lié à un possible thrombopénie. -Risque médicamenteux : interaction médicamenteuse. -Aplasia médullaire : anémie, leucopénie, thrombopénie.

2.3. Prise en charge en odontologie

- Prise en charge du patient avant une chimiothérapie :

- **Un bilan bucco-dentaire complet est indispensable avant le début de la chimiothérapie. Il comprend un examen clinique et radiologique pour détecter et traiter les foyers infectieux, les lésions ou les dents à risque. Ce bilan doit idéalement être réalisé au moins deux semaines avant le traitement pour permettre une bonne cicatrisation des éventuels soins ou extractions.**

- **Le patient est informé des effets secondaires possibles et des mesures d'hygiène à adopter (brossage adapté, bains de bouche au bicarbonate, entretien des prothèses) [232-234].**

- Prise en charge du patient en cours de chimiothérapie :

- **Hygiène bucco-dentaire rigoureuse : brossage doux au moins 2 à 3 fois par jour**

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

avec une brosse à dents souple, utilisation de bains de bouche sans alcool pour limiter les mucites et infections [232].

- La réalisation d'un bilan sanguin NFS (de la veille ou du matin même), ainsi qu'une coordination étroite avec l'oncologue, constituent un préalable indispensable à la réalisation de tout acte chez un patient subissant une chimiothérapie. La conduite à tenir sera donc sous la dépendance des valeurs hématologiques du patient (plaquettes, leucocytes et neutrophiles en particulier) [235].

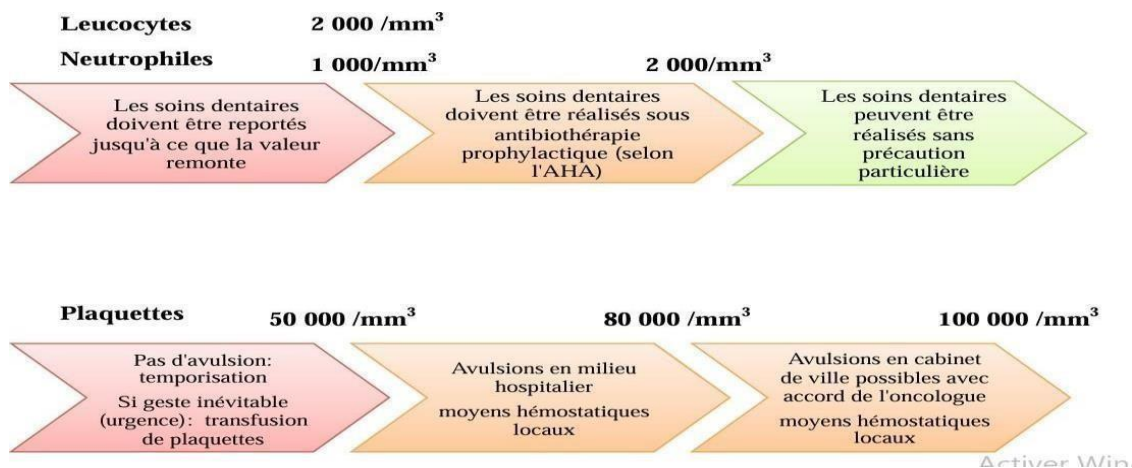


Figure 17 : Conduite à tenir en fonction des valeurs hématologiques du patient sous chimiothérapie [235]

- **Précautions vis-à-vis de l'anesthésie** : les anesthésies intra-ligamentaires doivent être évitées (risque accru de bactériémie) [235].
- **Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie** :
 - Antibiotiques : les pénicillines sont déconseillées chez les patients traités par méthotrexate.
 - Antalgiques et anti-inflammatoires : les médicaments ayant une hématotoxicité comme les AINS sont à proscrire [235].

- Prise en charge du patient après une chimiothérapie :

Toutes les valeurs hématologiques sont à nouveau normales, il n'y a aucune CI aux soins dentaires, ni précautions particulières à prendre hormis les précautions générales.

Le dentiste traitant assurera à son patient un suivi bucco-dentaire régulier dont la fréquence varie de 6 à 12 mois, à adapter en fonction du contexte clinique [235].

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

3. Patients sous les modificateurs de la réponse biologique : interleukines, interférons, hormonothérapie

3.1. Définition

L'hormonothérapie est un traitement qui empêche la production ou l'action d'hormones naturelles susceptibles de stimuler la croissance des cellules cancéreuses.

Elle concerne les cancers dits hormono-dépendants ou hormono-sensibles qui sont surtout les cancers du sein et de la prostate [235].

Les interleukines et les interférons sont deux types de cytokines. Les (IL), produites par les globules blancs, régulent et coordonnent les réponses immunitaires. Ainsi, les (IFN) sont impliqués dans la réponse antivirale et immunitaire. Ces deux molécules sont utilisées en immunothérapie anticancéreuse [236, 237].

3.2. Prise en charge en odontologie

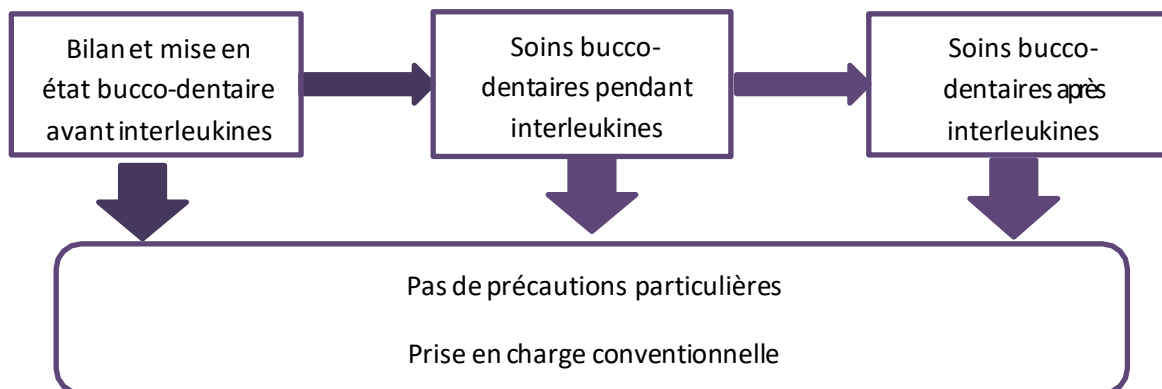


Figure 18 : Conduite à tenir sur la prise en charge odontologique des patients traités par interleukines, interférons, hormonothérapie [232]

4. Patients sous Bisphosphonates (BPS)

4.1. Définition

Les bisphosphonates sont des analogues structuraux du pyrophosphate inorganique. Ils sont prescrits pour leurs propriétés anti-résorbantes.

Cette propriété est utilisée dans le traitement des maladies ostéopéniques, qu'elles soient malignes (myélome multiple, métastases osseuses de tumeurs solides...) ou bénignes (ostéoporose, maladie de Paget...). Leur demi-vie intra osseuse est extrêmement longue, peut-être même supérieur à 10 ans [238].

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

La complication la plus redoutable associée à ces traitements est l'ostéonécrose des mâchoires (OCN). Cette complication est expliquée par la théorie de la polycellularité, qui met en évidence l'implication simultanée de plusieurs types cellulaires dans l'apparition et la persistance de la nécrose osseuse :

- L'inhibition prolongée des ostéoclastes empêche la résorption et le renouvellement normal de l'os,
- L'activité des ostéoblastes est également perturbée, réduisant la formation osseuse,
- La vascularisation osseuse est altérée par une atteinte des cellules endothéliales, compromettant la circulation sanguine nécessaire à la cicatrisation,
- La fonction des fibroblastes et des cellules immunitaires est diminuée, ralentissant la réparation des tissus mous et augmentant le risque d'infection.

Cette combinaison de dysfonctionnements cellulaires conduit à une défaillance de la réparation osseuse et à une nécrose prolongée, difficile à traiter, caractéristique de l'ostéonécrose des mâchoires.

4.2. Répercussions buccales et risques potentiels du BPS

Tableau 60 : Répercussions buccales et risques potentiels liés au BPS [7].

Répercussions buccales	Les risques potentiels
-Ulcération buccale. -Ostéonécrose des mâchoires (ONM).	-Risque infectieux : risque d'ostéonécrose des mâchoires ONM. - Risque anesthésique : vis-à-vis de la technique employée.



Figure 19 : Ostéonécrose chez un patient traité par bisphosphonates [7]

4.3. Prise en charge en odontologie [239]

- **Prise en charge d'un patient avant traitement par BPs**
 - **Interrogatoire précis : identifier la molécule, la voie d'administration (orale ou**

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

intraveineuse), la durée et la posologie du traitement, ainsi que la pathologie sous-jacente.

- **Assainissement bucco-dentaire** : il est recommandé d'éliminer tous les foyers infectieux avant le début du traitement par BPs, si l'état du patient le permet, et d'attendre la cicatrisation complète des muqueuses et de l'os (environ 120 jours) avant de débiter le traitement.

- **Hygiène rigoureuse** : maintenir une hygiène bucco-dentaire stricte pour limiter les risques d'infection et de plaies osseuses.

- **Informé le patient sur le risque d'ONM**, le ralentissement possible de la cicatrisation et la nécessité d'un suivi régulier.

- **Prise en charge des patients traités ou ayant été traités par BPs**

- **Surveillance régulière de l'état bucco-dentaire**, au moins une fois par an, pour détecter précocement toute lésion ou signe d'ostéonécrose.

- **Prudence lors des interventions dentaires** : éviter les extractions ou actes chirurgicaux invasifs si possible, privilégier les traitements conservateurs comme les soins endodontiques ou les attelles parodontales.

- **Pas d'interruption systématique du traitement par BPs lors d'actes dentaires**, sauf avis médical spécifique, car la molécule persiste longtemps dans l'os.

- **En cas d'extractions ou chirurgie nécessaire** :

- Si le patient présente un risque faible d'ONM, les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse, une antibiothérapie sera débutée la veille de l'acte et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse.

- Si le patient présente un risque plus élevé d'ONM, il sera orienté vers un milieu hospitalier.

- **Précautions vis-à-vis de l'anesthésie** :

- Les anesthésies intra-osseuses, intra-septales et intra-ligamentaires sont déconseillées.

- Les recommandations de l'AFSSAPS contre-indiquent l'emploi des vasoconstricteurs chez les patients sous BPs en IV, cependant pour certains auteurs, cette contre-indication n'est que relative puisque aucune donnée scientifique ne vient étayer ces propos.

- **Précautions vis-à-vis des soins parodontaux** :

- Actes non ou peu invasifs (détartrage/surfaçage superficiel) : pas de précautions

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

particulières.

- **La chirurgie parodontale est contre-indiquée.**

5. Patients sous antirésorbeurs osseux (hors bisphosphonates)

5.1. Définition

L'anti-résorbeur osseux, tel que le dénosumab, est un traitement anti-ostéoclastique qui empêche la destruction du tissu osseux en bloquant le développement et l'activation des ostéoclastes. Il agit donc sur le remodelage osseux, mais à la différence des BPs, il ne reste pas dans l'os et son action cesse rapidement une fois le traitement éliminé [240].

5.2. Prise en charge en odontologie

Elle présente les mêmes risques et répercussions buccales que les bisphosphonates, ainsi qu'une prise en charge similaire, à l'exception de certains points spécifiques [232].

1. **Avant l'instauration du traitement, un délai de cicatrisation muqueuse d'au minimum deux semaines est requis.**
2. **En cas d'acte invasif, le délai minimal avant l'intervention dépend de la demi-vie du médicament, et une antibioprofylaxie est maintenue jusqu'à obtention d'une cicatrisation muqueuse complète.**
3. **L'arrêt et la reprise du traitement anti-résorptif ne sont envisagés qu'après confirmation clinique de la cicatrisation muqueuse.**

6. Patients sous thérapies ciblées

6.1. Définition

Les thérapies ciblées sont des traitements dirigés contre des cibles moléculaires spécifiques (récepteurs, gènes ou protéines) impliquées dans la transformation néoplasique et la prolifération tumorale. Elles offrent l'avantage d'être moins toxiques en ciblant préférentiellement les cellules cancéreuses tout en épargnant les cellules saines, permettant ainsi une individualisation du traitement selon la pathologie et la biologie moléculaire du patient [235].

Les molécules de thérapies ciblées se classent selon leur mode d'action, notamment en :

- Antiangiogéniques (ex. bevacizumab/Avastin®).
- Inhibiteurs de HER.
- Inhibiteurs de KIT (récepteur membranaire).
- Inhibiteurs de Mtor.

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

- Inhibiteurs de tyrosine kinase (ex. sunitinib/Sutent®) [235].

6.2. Prise en charge en odontologie [233]

Ces traitements exposent les patients à des risques infectieux, hémorragiques et d'OCN, particulièrement avec les antiangiogéniques.

- **Avant traitement :**

Réaliser un bilan bucco-dentaire complet, éliminer tout foyer infectieux et attendre un délai de cicatrisation d'environ 2 semaines après un acte invasif (extraction, chirurgie) avant de débiter le traitement.

- **Pendant le traitement :**

- Les actes conservateurs non invasifs sont possibles sans précaution particulière.
- Pour les extractions ou actes invasifs, il est recommandé d'arrêter temporairement l'antiangiogénique selon le type :
 - Anticorps monoclonaux (ex. bevacizumab) : arrêt 2 à 3 semaines avant extraction.
 - Inhibiteurs de tyrosine kinase : arrêt 5 à 7 jours avant extraction.

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

- Reprise du traitement après cicatrisation complète de la muqueuse.
 - Utilisation d'actes atraumatiques, antibioprophylaxie, jusqu'à cicatrisation muqueuse constatée et moyens locaux d'hémostase (pansements, sutures).
- Après le traitement :
- Suivi régulier pour surveiller la cicatrisation et prévenir les complications.
 - La concertation avec l'oncologue est systématique pour adapter ces fenêtres en fonction du protocole et de l'état hématologique du patient (plaquettes, neutrophiles).

7. Les patients sous corticothérapie

7.1. Définition

Les corticoïdes sont des hormones stéroïdiennes produites naturellement par le cortex des glandes surrénales, situées au-dessus des reins. Parmi elles, les glucocorticoïdes, comme le cortisol (ou hydrocortisone), jouent un rôle clé dans la régulation de l'inflammation (anti – inflammatoires), des défenses immunitaires (immunomodulatrices), antiallergiques et du métabolisme des glucides et des protéines [241, 242].

Un traitement prolongé correspond à une corticothérapie supérieure à 3 ou 4 semaines [243,244].

7.2. Indications des corticoïdes

Les principales indications sont les maladies inflammatoires systémiques (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire aigu, lupus érythémateux systémique), les vascularites sévères (maladie de Horton, maladie de Behcet, périartérite noueuse), une insuffisance surrénalienne maladie d'Addison), et d'autres pathologies comme l'asthme, la sclérose en plaques, les maladies inflammatoires chroniques intestinales... [36].

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

7.3. Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie

Tableau 61 : Répercussions buccales et risques potentiels de la corticothérapie [7, 245]

Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Infections dues à la neutropénie. -Caries (notamment par une modification de la salivation ou une hygiène buccale altérée). -Mucites. -Retard de cicatrisation. -Altération du goût. -Ostéoporose cortisonique.	-Un risque infectieux. -Risque médicamenteux. -Augmentation de la glycémie, pouvant déstabiliser un diabète. -Risque d'insuffisance surrénalienne en cas d'arrêt brutal ou de stress chirurgical important. -Hypertension artérielle et rétention hydrosodée. -Troubles digestifs (acidité gastrique, ulcères).

7.4. Prise en charge en odontologie

La prise en charge d'un patient sous corticothérapie en odontologie repose sur une bonne coordination avec le médecin prescripteur et des précautions spécifiques pour limiter les risques infectieux et hémorragiques.

- **Hygiène bucco-dentaire rigoureuse :**
- **Pour limiter le risque infectieux lié à l'immunosuppression induite par les corticoïdes.**
 - **Séances courtes et limitation du stress : éviter les longues séances pour ne pas décompenser le patient.**
 - **Éviter les AINS : en raison du risque accru de complications (saignements digestifs, insuffisance rénale) chez ces patients.**
 - **Utilisation prudente des antalgiques : privilégier le paracétamol et éviter les opioïdes sauf nécessité.**
 - **Surveillance post-opératoire accrue des signes d'infection ou de retard de cicatrisation.**

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

8. Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes

Tableau 62 : Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes

Classe	Exemples principaux	Mécanisme d'action principal	Indications principales
-Antimétabolites.	-Azathioprine. -Mycophénolate. -Méthotrexate.	Inhibition synthèse purines/ADN	Greffe, maladies auto-immunes
-Anticalcineurines.	-Ciclosporine. -Tacrolimus.	Inhibition calcineurine, blocage IL-2	Greffe, maladies inflammatoires
-Inhibiteurs de mTOR.	-Sirolimus. -Évérolimus.	Inhibition voie mTOR, prolifération lymphocytaire	Greffe, oncologie
-Anticorps monoclonaux.	-Basiliximab. -Anti- TNF α . -Ustékinumab.	Blocage récepteurs ou cytokines spécifiques	Greffe, maladies inflammatoires chroniques
-Sérums antilymphocytaires.	-Sérum antilymphocytaire.	Déplétion lymphocytaire	Induction immunosuppression
Bloqueurs de costimulation.	-Bélatacept.	Inhibition costimulation lymphocytaire	Greffe

Ces immunosuppresseurs permettent une modulation ciblée de la réponse immunitaire, souvent en association avec les corticoïdes, pour optimiser l'efficacité et limiter les effets secondaires.

9. Les antithrombotiques

Les antithrombotiques sont des médicaments qui agissent pour prévenir ou traiter la formation de thrombus (caillots sanguins) dans les vaisseaux sanguins. Ils interviennent en inhibant différents mécanismes de la coagulation sanguine, soit en empêchant l'agrégation des plaquettes (antiagrégants plaquettaires), soit en bloquant la formation ou l'activation des facteurs de coagulation (anticoagulants).

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

Il existe différents médicaments antithrombotiques :

- Les antiagrégants plaquettaires qui agissent sur les plaquettes sanguines.
- Les antivitamines K (AVK) qui agissent sur la fabrication des facteurs de coagulation.
- Les anticoagulants oraux directs (AOD, anciennement NACO) qui agissent sur l'activation des facteurs de coagulation.
- Les thrombolytiques qui agissent sur la fibrinolyse [246, 247].

9.1. Antiagrégant plaquettaire

9.1.1. Définition

Les agents antiplaquettaires (AAP) entraînent une altération de la formation du clou plaquettaire et peuvent agir sur les trois phases de l'hémostase primaire (adhésion, activation, agrégation plaquettaire) [248].

9.1.2. Traitements, répercussions buccale et risques potentiels du patient sous AAP

Tableau 63 : Traitements, répercussions buccales et risques potentiels du patient sous AAP [7]

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Aspirine et dérivés salicylés (Kardégic©, Aspégic©...) -Thiénopyridine tels Ticagrélor (Brilique©). -Clopidogrel (Plavix©...) -Certains AINS comme Flurbiprofène (Cébutid©), Dipyridamole (Persantine©).	-Pétéchie. -Purpuras. -Bulles hémorragiques.	-Risque hémorragique : augmenté par modification de l'hémostase primaire. -Anesthésique : la technique employée. -Médicamenteux : Risque d'interactions médicamenteuses. -Autres : Patient potentiellement à risque d'infarctus du myocarde et d'AVC

9.1.3. Prise en charge en odontologie

Les patients sous AAP présentent un risque hémorragique augmenté ; cependant, le traitement ne doit être ni modifié, ni interrompu quels que soient les soins bucco-dentaires envisagés. Il n'y a pas de test biologique fiable permettant de vérifier la performance de l'AAP, il est néanmoins possible de prescrire une exploration de l'hémostase en demandant principalement la NFS, le TP et le TCA.

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

D'après les recommandations de la Société française de chirurgie orale (SFCO) publiées en 2015 :

- Pour les actes sans risque hémorragique, il n'y a pas de précautions spécifiques à prendre.
- Pour les actes à risque hémorragique modéré ou élevé, il faudra utiliser un protocole d'hémostase locale.
- Si plusieurs AAP sont associés, les actes à haut risque hémorragique devront être réalisés avec un plateau technique spécialisé.
- Enfin, en cas d'association avec un anticoagulant, il faudra une prise en charge spécialisée pour tous les actes à risque hémorragique modéré ou élevé.

- Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

Les anesthésies locorégionales sont déconseillées en raison du risque d'hématome expansif, en particulier l'anesthésie au foramen mandibulaire pour laquelle il existe un risque d'hématome du pharynx potentiellement mortel.

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie (antalgiques et anti-inflammatoires :

- Les AINS sont déconseillés chez les patients traités par n'importe quel AAP (augmentation du risque ulcérogène et du risque d'hémorragie digestive)
- L'utilisation de corticoïdes chez les patients traités par AAP nécessite une surveillance : risque de surdosage de l'AAS après arrêt des corticoïdes (les corticoïdes augmentent l'élimination de l'AAS)
- Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient.
- Antifongiques :
 - Le fluconazole (Triflucan®) est déconseillé chez les patients traités par clopidogrel.
 - Prendre en compte les autres maladies et/ou traitements du patient [7, 249, 250].

9.2. Anticoagulants

9.2.1 Anti-vitamine K

9.2.1.1. Définition

Les anti-vitamines K (AVK) sont des anticoagulants qui diminuent la concentration

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

plasmatique des facteurs de coagulation vitamine K- dépendants (facteurs II, VII, IX et X). Ils provoquent ainsi un trouble de la coagulation plasmatique.

Ils sont indiqués dans la prévention des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire, des arythmies par fibrillation auriculaire, dans les infarctus du myocarde compliqué, dans les cardiopathies valvulaires, et en cas de pose de prothèse valvulaire cardiaque [7, 251].

9.2.1.2. Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des patients sous AVK

Tableau 64 : Traitement, répercussions buccale et risques potentiels des patients sous AVK [7]

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Dérivés de la coumarine tels que la Warfarine (Coumadine©) ou l'acénocoumarol (Sintrom© Minisintrom©). -Dérivés de l'indanédione tel Fluindione (Previscan©).	-Pétéchies. -Purpura. -Bulles.	-Infectieux : Si patient porteur d'une prothèse valvulaire cardiaque. -Risque hémorragique : augmenté par modification de la coagulation. -Anesthésique : Précautions vis-à-vis de la technique employée. -Médicamenteux : Risque d'interactions médicamenteuses.

9.2.1.3. Prise en charge en odontologie

D'après les recommandations de la Société française de chirurgie orale (SFCO) publiées en 2015 :

Le degré de coagulation des patients traités par AVK, et donc leur risque hémorragique, peut être évalué par l'INR qui constitue l'examen de référence. Il devra être réalisé dans les 24 heures précédant l'intervention, au maximum 72 heures, avant l'intervention.

Ces patients présentent un risque hémorragique augmenté, mais le traitement par anticoagulants ne doit être ni arrêté, ni modifié, quel que soit l'acte buccodentaire envisagé.

- Pour un INR inférieur ou égal à 4 : seuls les actes à haut risque hémorragique

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

devront être pris en charge avec un plateau technique spécialisé.

- Pour une INR supérieure à 4 : une prise en charge spécialisée sera nécessaire pour tous les actes à risque hémorragique.

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

- Risque anesthésique :

Les anesthésies locorégionales sont déconseillées en raison du risque d'hématome expansif, en particulier, l'anesthésie au foramen mandibulaire pour laquelle il existe un risque d'hématome du pharynx potentiellement mortel.

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :

- **Antibiotiques :** Les cyclines, les macrolides et le métronidazole nécessitent des précautions d'emploi (interaction avec les AVK risque d'augmentation importante de l'INR).

- **Antalgiques et anti-inflammatoires :** même précaution que les AAP.

- **Antifongiques :** Le miconazole (par voie locale et générale) est contre-indiqué. Le fluconazole et l'itraconazole nécessitent des précautions d'emploi.

- **Autre :** La carbamazépine (Tegrétol®) nécessite des précautions d'emploi.

- **Note :** La prise d'AVK contre-indique la chirurgie muco-gingivale. [7, 249, 250].

9.2.2. Anticoagulants non AVK

9.2.2.1. Définition

9.2.2.1.1. Anticoagulants Oraux Directs (AOD)

Les anticoagulants oraux directs (AOD) sont des médicaments qui inhibent spécifiquement et directement certains facteurs activés de la coagulation sanguine, principalement la thrombine (facteur IIa) ou le facteur Xa, afin de ralentir la coagulation et prévenir la formation de caillots. Contrairement aux AVK, ils ont un délai d'action plus rapide et peuvent être utilisés dans des situations aiguës, telles que l'embolie pulmonaire et les accidents vasculaires cérébraux liés à la fibrillation auriculaire non valvulaire. Leur principal avantage clinique réside dans une utilisation à dose fixe sans nécessité de surveillance biologique régulière, contrairement aux AVK [252, 253, 254].

9.2.2.1.2. Héparine :

L'héparine est un anticoagulant injectable prescrit, en général, pour une durée brève. Ce traitement agit sur l'antithrombine III en multipliant son action inhibitrice sur la coagulation. L'interruption du traitement de l'héparine provoque un effet direct sur la coagulation.

Il existe différents types d'héparine :

- Héparine non fractionnée (HNF) telle la Calciparine ©.

- Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) telle la Fraxiparine© [1, 36].

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

9.2.2.2. Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des patients sous AC NON AVK

Tableau 65 : Traitement, répercussions buccales et risques potentiels des patients sous AC non AVK [7]

Prise en charge médicamenteuse	Les répercussions buccales	Les risques potentiels
-Les inhibiteurs directs de la thrombine : Dabigatran (Pradaxa®). -Les inhibiteurs directs du facteur X activé : Rivarxaban (Xarelto®), Fondaparinux, Apixaban.	-Pétéchies. -Purpura. -Ecchymoses. -Gingivorragie et des bulles hémorragiques.	-Risque hémorragique : augmenté par modification de la coagulation. -Anesthésique : Précautions vis-à-vis de la technique employée. -Médicamenteux : Risque d'interactions médicamenteuses.

9.2.2.3. Prise en charge en odontologie

D'après les recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) publiés en 2015 :

- **Aucun arrêt ni modification du traitement par anticoagulants n'est justifié, le risque hémorragique est majoré chez ces patients.**
- **Chez les patients sous AOD, pour les actes sans risque hémorragique ; les soins seront réalisés en respectant les précautions générales. Il est conseillé d'orienter le patient vers une structure spécialisée pour tout acte à risque hémorragique (modéré ou à haut risque).**
- **Chez les patients traités par héparine, il y a un risque de thrombopénie héparino-induite.**
- **Les patients traités par héparines non fractionnées sont surveillés grâce au TCA, mais ces patients sont rarement traités en cabinet dentaire.**
- **En règle générale, les HBPM n'allongent pas le TCA, cet examen n'est donc pas utilisé pour la surveillance de ces traitements.**
- **L'évaluation du risque hémorragique repose sur :**
 - **Le type de traitement anticoagulant.**
 - **La nature de l'acte à réaliser.**
 - **La présence d'un autre facteur de risque hémorragique : affection hépatique,**

Chapitre IV : Les patients sous médication à risque

thrombopénie.

- Pour les patients traités par héparines :
 - Les actes à risque hémorragique faible et modéré seront réalisés.
 - Pour les actes à haut risque hémorragique ; la prise en charge sera hospitalière.
- L'INR n'apporte pas d'information sur le risque hémorragique chez les patients traités par anticoagulant non AVK [5, 7].
 - Il faut également prendre en compte la stabilité de la maladie du patient.

- Précautions vis-à-vis de l'anesthésie :

Les anesthésies locorégionales sont déconseillées en raison du risque d'hématome expansif, en particulier, l'anesthésie au foramen mandibulaire pour laquelle il existe un risque d'hématome du pharynx potentiellement mortel.

- Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie :

- Antibiotiques : les macrolides sont déconseillés chez les patients traités par apixaban et rivaroxaban.
 - Antalgiques et anti-inflammatoires : les AINS sont déconseillés.
 - Antifongiques : les antifongiques azolés sont déconseillés chez les patients traités par apixaban et rivaroxaban.
- La prescription de clarithromycine chez un patient sous AOD doit être évitée en raison du risque d'interactions médicamenteuses augmentant le risque hémorragique.
 - La prise d'anticoagulants contre-indique la chirurgie muco-gingivale [5, 7].

PARTIE
PRATIQUE

PARTIE PRATIQUE

1. Cas clinique N°01

- Anamnèse :

- Il s'agit de Mme KN, âgé de 42 ans, de Tizi-Ouzou.
- Remise en état de la cavité buccale avant la radiothérapie.
- Antécédents généraux : ATCD néoplasique (sein droit) diagnostiqué en 2024.
- Candidate au traitement : Elle est traitée par chimiothérapie : dernière cure le 18/02/2025.
- Elle a été traitée par mastectomie le 09/03/2025.
- Elle suit actuellement un traitement par hormonothérapie ; injection chaque 28 jours De captyl L.P (inj) 3,75 mg, Nolvadex-D 20 mg (cp).
- Elle est candidate à la radiothérapie.

❖ Examen clinique :

✓ Examen exo-buccal :

La patiente ne présente aucune inflammation cutanée, ni de problèmes au niveau articulaire et/ou musculaire.

✓ Examen endo-buccal :

D'après l'examen clinique et radiologique on observe :

- Sur le plan dentaire : Indices CAO :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	A	A	C	C	c	O	O	O	O		A				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		A	A		O						A		A	O	



Figure 20 : Examen endo-buccal avant DSR

PARTIE PRATIQUE



Figure 21 : Radiographie panoramique

- Sur le plan parodontal :
 - Gencive rougeâtre, aspect lisse, volume normal, consistance ferme, contour non uniforme.
 - Pas de mobilité dentaire.
 - Pas de saignement au sondage ou brossage.

❖ Examen radiologique :

On a constaté lyse osseuse sèvre autour (18,27,28, 38,43).

❖ Prise en charge :

- L'avis de l'oncologue :

Centre De Lutte Contre Le Cancer de Draa Ben Khedda
Service d'Oncologie Médicale
Pr C. SEDKAOUI
Draa ben Khedda le : 27 MAI 2025

NOM : [] PRENOM : []

Cher confrère

Je me permets de vous adresser : le ou la sus - nommé(e)
Agé(e) de 42 ans, suivi(e) pour : néoplasie du 3^e droit

Patiente actuellement

Sous Traitement type :

- Chimiothérapie : Dernière cure reçue le : février 2025
- Hormonothérapie
- Thérapie ciblée
- Acide Zolédronique : Dernière cure reçue le : []
- Denosumab : Dernière cure reçue le : []

En rémission

La patiente :

- Ne présente pas de contre indications oncologiques aux gestes
- A prendre en charge à votre niveau à compter de 01 jan
- Sous réserve d'un bilan d'hémostase correct.

Je vous le ou la confie pour avis et prise en charge :

- Soins dentaires et/ou
- Extractions dentaires

Dr. L. FEREDI
Assistante en
Oncologie Médicale
Ordre N° : 7491 / 120

Confraternellement

CS Scanné avec CamScanner

Figure 22 : Avis de l'oncologue.

PARTIE PRATIQUE

- Demander FNS :

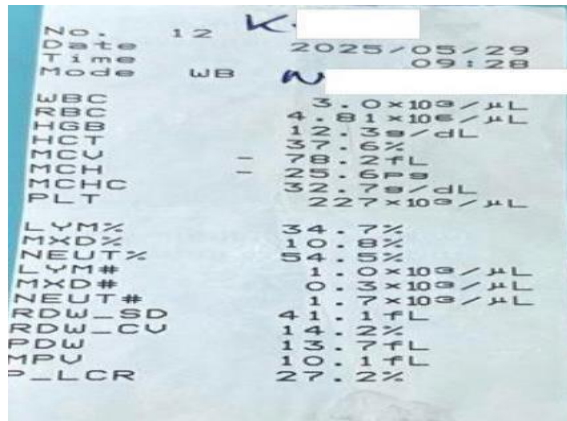


Figure 23 : FNS

- Synthèse des risques potentiels en odontologie

Tableau 66 : Risques potentiels rencontrés

Type de risque	OUI	NON
Infectieux		✓
Hémorragique		✓
Anesthésique		✓
Médicamenteux		✓
Autres		✓

- Enseignement de technique de brossage correcte (brosse à dent souple avec dentifrice fluoré et fil dentaire).
 - Détartrage et surface radiculaire.
 - Planification des extractions : 15 (états de racine) ,43(dent délabrée), 44 (lyse osseuse sévère).
 - Planification des soins en odontologie conservatrice :13.
 - Programmée pour prothèse partielle amovible atraumatique.

PARTIE PRATIQUE



Figure 24 : Résultat post DSR

PARTIE PRATIQUE

2. Cas clinique N°02

❖ Anamnèse

- Il s'agit de Mr S.H, âgé de 53 ans, de Tizi-Ouzou.
- Motif de consultation : orienté par confrère pour une remise en état de la cavité buccale.

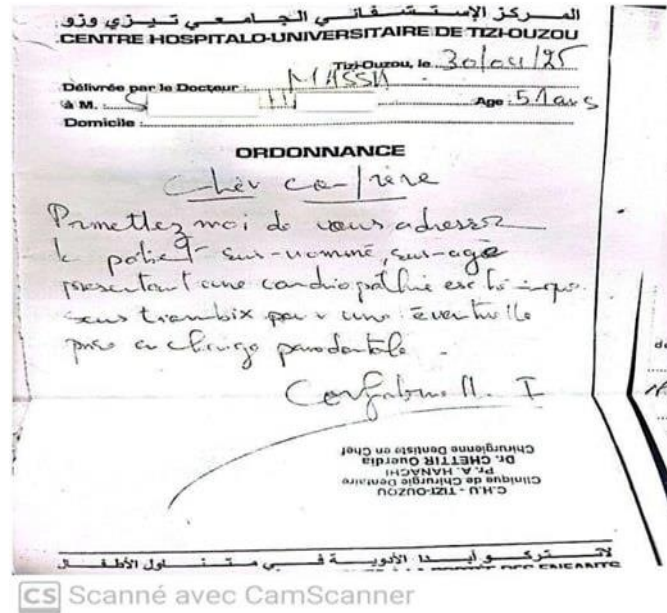


Figure 25 : Lettre d'orientation

- Antécédents généraux : cardiopathie ischémique.
- Traitement en cours : Thrombix (75 mg) (cp), Plavix (75 mg) (cp).

❖ Examen clinique

✓ Examen exo-buccal :

La patiente ne présente aucune inflammation cutanée, ni de problèmes au niveau articulaire et/ou musculaire.

✓ Examen endo-buccal :

D'après l'examen clinique et radiologique on observe :

- Sur le plan dentaire : Indices CAO :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	A			A	O	C			0		A	A	C	A	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
									O	O	O	O	O		

PARTIE PRATIQUE



Figure 26 : Examen endo-buccal avant DSR



Figure 27 : Radiographie panoramique

- Sur le plan parodontal :
 - Gencive rouge, aspect lisse, volume légèrement augmenté, consistance ferme, contour non uniforme.
 - Absence de mobilité dentaire.
 - Saignement au sondage ou brossage.

❖ **Examen radiologique :**

Absence de lyse osseuse.

PARTIE PRATIQUE

❖ Prise en charge :

- L'avis du cardiologue :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI OUIYOU
Clinique dentaire «*Dr. A. HANNAÏCHI*»

Nom : *S*
Prénom : *M*
Age : *61*

Tizi-Ouzou le *16/05/24*

Cher Confrère, Chère Consoeur

Permettez-moi de vous adresser le (la) patient(e) sus nommé (e) qui nécessite des actes suivants
Bucco dentaires : *extraction dentaire*

Voies ses antécédents : *cardiopathie (maladie précisée SVT et type de R), cardiopathie, l'état actuel, R et R, le risque et les précautions*

Et les médicaments en cours, vos avis et accord sont nécessaires, pour une prise en charge optimale de ce patient

Veuillez nous préciser ci-après les précautions éventuelles que vous préconisez :

*Promette du statut de la cardiopathie ischémique à savoir
malade + plans
si extraction de ≥ 03 dent, soit 24 h avant le geste de plans
contratariement.*

*Risque d'hémorragie avec parodont
compromis et hémorragie.*

C.M.U de Tizi Ouzou
Dr. *[Signature]*
Service Pathologie Cardiovasculaire

Figure 28 : Avis du cardiologue

- Synthèse des risques potentiels en odontologie

Tableau 67 : Risques potentiels rencontrés

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux		✓	
Hémorragique	✓		Traitement antiplaquettaire.
Anesthésique	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs. Limiter la dose totale de vasoconstricteurs.
Médicamenteux		✓	
Autres	✓		Risque de syndrome coronarien aigu ou d'hypotension orthostatique.

- Enseignement de technique de brossage correcte (brosse à dent souple avec dentifrice fluoré et fil dentaire).
- Détartrage et surface radiculaire.
- Planification des extractions : 15 (états de racine) ,43(dent délabrée), 44 (lyse osseuse sévère).
- Planification des soins en odontologie conservatrice :13.

PARTIE PRATIQUE

- Programmer pour prothèse partielle amovible atraumatique.

N.B: Eviter une hypotension orthostatique en fin de soins (relever le patient lentement).



Figure 29 : Résultat post DSR

3. Cas clinique N°03

❖ **Anamnèse :**

- Il s'agit de Mme WS, âgée de 68ans.
- Motif de consultation : orientée par confrère pour une remise en état de la cavité buccale.
- Antécédents généraux : Diabète type II.
- Traitement en cours : NOVOFORMINE 500mg/jr.

❖ **Examen clinique :**

✓ **Examen exo-buccal :**

La patiente ne présente aucune inflammation cutanée, ni de problèmes au niveau articulaire et/ou musculaire.

✓ **Examen endo-buccal :**

D'après l'examen clinique on observe :

- Sur le plan dentaire : Indices CAO :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		A										C			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	A	A											O	O	

PARTIE PRATIQUE



Figure 30 : Examen endo-buccal avant le détartrage

- Sur le plan parodontal :
 - Gencive : gencive légèrement rouge, aspect lisse, volume légèrement augmenté, consistance ferme, contour non uniforme
 - Sondage : pas de poches.
 - Récession : pas de récessions
 - Mobilité dentaire : pas de mobilité dentaire.

❖ Prise en charge :

- L'avis du médecin traitant (l'endocrinologue) :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI OUZOU
Clinique dentaire «Pr. A. HANNACHI»

Tizi-Ouzou le 22/04/2025

Nom : W
Prénom : S
Age : 68 ans

Cher Confrère, Chère Consoeur

Permettez-moi de vous adresser le (la) patient(e) sus nommé (e) qui nécessite des actes sanglants

Bucco dentaires (détartrage)
V. des antécédents Diabète

Et les médicaments en cours, vos avis et accord sont nécessaires, pour une prise en charge optimale de ce patient.

Veuillez nous préciser ci-après les précautions éventuelles que vous préconisez.

Diète stricte diabète
Hypertension artérielle
le patient peut avoir des crises d'hypertension
meurtre de pil de ses 1/200

Confraternellement,
C.H.U de Tizi-Ouzou
Clinique de Chirurgie Dentaire Pr. HANNACHI
Service Parodontologie

Dr. M. HANNACHI
DENTISTE
19000 TIZI OUZOU
BOITE POSTALE 100
TIZI OUZOU ALGERIE
TÉLÉPHONE 03 48 12 12 12

Figure 31 : Avis de l'endocrinologue

PARTIE PRATIQUE

- Demande d'un bilan biologique :



Figure 32 : Bilan diabétique.

- Synthèse des risques potentiels en odontologie

Tableau 68 : Risques potentiels rencontrés

Type de risque	OUI	NON
Infectieux	✓	
Hémorragique		✓
Anesthésique		✓
Médicamenteux		✓
Autres		✓

- Antibioprophylaxie : 2g de Clamoxyl, 30 min avant la réalisation de détartrage.
- Enseignement de technique de brossage correcte (brosse à dent souple avec dentifrice fluoré et fil dentaire).
- Détartrage.
- Planification des extractions : 25 (états de racine).
- Programmée pour prothèse partielle amovible.

PARTIE PRATIQUE



Figure 33 : Résultat après détartrage

4. Cas clinique N°04

❖ Anamnèse :

- Il s'agit de la patiente AD âgée de 55ans.
- Motif de consultation : orientation d'un confrère pour une remise en état de la cavité buccale en vue d'un traitement par biothérapie.

المركز الإستشفائي الجامعي تيزي وزو
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU
Tizi-Ouzou, le 20/05/2025

Delivrée par le Docteur _____
à M. A D^o _____ Age (A)
Domicile _____

ORDONNANCE
Cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser la patiente Siti - nommée Souissa pour une arthrite, programmée pour thérapie adhésive, orientée par son médecin traitant pour une RECB avant installation de cette dernière, et qui nécessite un assainissement parodontal.

- Je vous la confie pour une meilleure prise en charge.

Dr. AMARA M
Spécialiste en
Chirurgie
Pathologie
Buccale

Merci
Confiance et
Santé

NE LAISSEZ JAMAIS LES MÉDICAMENTS À LA PORTEE DES ENFANTS

Scanné avec CamScanner

Figure 34 : Lettre d'orientation

- Antécédents généraux : ATCD de polyarthrite rhumatoïde.
- Candidate au traitement : Elle est traitée par
 - Plaquenil 200 mg.
 - Precortyl 20 mg.
 - Injection de methotrexate 10 mg/ml.
- Actuellement programmée pour une biothérapie.

PARTIE PRATIQUE

❖ Examen clinique :

✓ Examen exo-buccal :

La patiente ne présente aucune inflammation cutanée, ni de problèmes au niveau articulaire et/ou musculaire.

✓ Examen endo-buccal :

D'après l'examen clinique et radiologique on observe :

- Sur le plan dentaire : Indices CAO :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
A		O	A			C			O	O	A	A	A		A
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
A	A	A				A	C					A	A		A



Figure 35 : Examen endo-buccal avant DSR

- Sur le plan parodontal :

- Gencive rouge, aspect lisse, volume légèrement augmenté, consistance ferme, contour non uniforme
- Saignement au sondage et au brossage.
- Absence de mobilité dentaire : pas de mobilité dentaire.

❖ Examen radiologique :

On note une lyse osseuse horizontale.

PARTIE PRATIQUE



Figure 36 : Examen radiologique

❖ **Prise en charge :**

- Prescription d'un antibiotique de couverture :

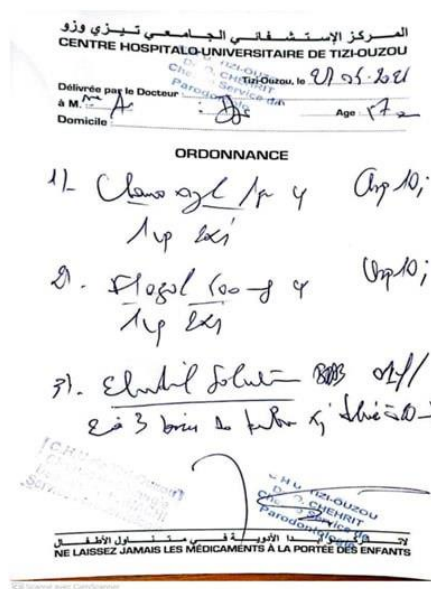


Figure 37 : Prescription d'un antibiotique de couverture

- Synthèse des risques potentiels en odontologie

Tableau 69 : Risques potentiels rencontrés

Types de risque	OUI	NON
Infectieux	✓	
Hémorragique		✓
Anesthésique		✓
Médicamenteux		✓
Autres		✓

PARTIE PRATIQUE

- Enseignement de technique de brossage correcte (brosse à dent souple avec dentifrice fluoré et fil dentaire).
- Détartrage et surfaçage radiculaire.
- Programmer pour une prothèse.
- Planification des soins en odontologie conservatrice : 12 26.



Figure 38 : Résultat post DSR

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

En 2025, la prise en charge des patients à risque en odontostomatologie demeure un enjeu central et multidimensionnel. Le chirurgien-dentiste est de plus en plus souvent confronté à des patients présentant des pathologies générales, des traitements médicaux complexes ou des états physiologiques particuliers, nécessitant une vigilance accrue et une adaptation constante de la pratique clinique.

Cela implique une évaluation rigoureuse de l'état général du patient, une bonne connaissance des interactions médicamenteuses et des risques liés à certaines pathologies, ainsi qu'une coordination étroite avec les autres professionnels de santé. L'environnement opératoire doit également être pensé pour répondre aux besoins spécifiques de ces patients, notamment en matière d'accessibilité et d'hygiène, afin de prévenir tout risque infectieux ou complication systémique.

En ce sens, la rigueur clinique, la prévention et la formation continue deviennent des piliers incontournables de l'exercice professionnel. Le praticien doit non seulement actualiser régulièrement ses connaissances, mais aussi adopter une approche globale et individualisée de la prise en charge.

Mais comment faire en sorte que cette exigence soit partagée par l'ensemble des professionnels de santé ? Et comment garantir à chaque patient, quelles que soient ses limitations, un accès sûr et équitable aux soins ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne : identification des patients, évaluation des risques, prise en charge : prévention, précautions. Paris: Elsevier Masson; 2010.
- [2] Ghodbane N. Prise en charge des malades à risque en odontologie conservatrice / endodontie [support de cours]. Constantine : Université Constantine 3, Département de Médecine Dentaire ; 2021–2022.
- [3] AFSSAPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire – Recommandations professionnelles. Saint-Denis : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; 2011 juill.
- [4] Le Brun G. Règlement 2017/746 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro : règles de classification. Saint-Denis : ANSM, DMCDIV ; 2022 avr 20.
- [5] Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco dentaires. Med Buccale Chir Buccale. 2012 août ;18(3) :251-314.
- [6] Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse. Saint-Denis : HAS ; 2024 oct 24. Recommandation validée par le Collège de la HAS.
- [7] Association Dentaire Française (ADF). Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris : ADF ; 2013 oct 15.
- [8] Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse : Recommandation de bonne pratique. Mise en ligne le 29 nov. 2021, mise à jour le 21 févr.2025,
- [9] Badet C. Sphère bucco-dentaire : Quel est le risque infectieux ? Pôle d'Odontologie et de Santé Buccale, CHU de Bordeaux.
- [10] Réussis Ton IFSI. Guide infirmier : normes biologiques du prélèvement sanguin. Mise à jour le 16 nov 2024. Disponible sur : <https://reussistonifsi.fr/guide-infirmier-normes-biologiques>
- [11] Farouq F, Moujoud C, Kissi L, Sarfi D, Benyahya I. Le risque hémorragique en chirurgie orale. Le Courrier du Dentiste. 2025 mai 7.
- [12] MHEMO. Physiologie de l'hémostase [Internet].s.d. Disponible sur: <https://www.mhemo.fr>
- [13] Risque de l'anesthésie, asbl cliniques de l'Europe- Europa Ziekenhuizen vzw.
- [14] ANSM -RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT Mis à jour le :24/10/2017

BIBLIOGRAPHIE

- [15] JOMOS, 2003 Usage des vasoconstricteurs en odontologie
- [16] Madrid C., Courtois B. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations de la Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale SFMBCB. Med Buccale Chir Buccale, 2003; 92): 65-94.
- [17] American Dental Association. Managing anxious patients [Internet]. Chicago: ADA; [date inconnue] [cité le 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ada.org>
- [18] Le Fil Dentaire. Ergonomie au cabinet dentaire : mieux travailler pour durer [Internet]. 2023 [cité le 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/ergonomie-au-cabinet-dentaire/>
- [19] La haute autorité de santé, recommandations professionnelles mai 2008
- [20] Roulet L. Gestion d'une poussée hypertensive (hypertension aiguë sévère) asymptomatique chez l'adulte. 2021 sept. Disponible sur : <https://www.urgencetays.ch/publications/gestion-poussee-hypertensive-adulte>
- [21] Devoize L, Torres JH. L'allergie en odontostomatologie. CNECO ; 2017. Disponible sur : <https://www.cneco.education/wp-content/uploads/2021/12/Lallergie-en-odontostomatologie.pdf>
- [22] Alexandre Gigon. Epilepsie et médecine bucco-dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. Hal
- [23] Anna Cornet. Prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson en odontologie.
- [24] Organisation mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires (MCV) [Internet]. 2021 juin 11. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- [25] Davido N, Yasukawa K. Médecine orale et chirurgie orale, parodontologie. Paris: Maloine; 2016.
- [26] Isnard R, Lacroix D, Collège national des enseignants de cardiologie, Société française de cardiologie. Cardiologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- [27] Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. **Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Eur Heart J. 2019;40(3):237–269. DOI : 10.1093/eurheartj/ehy462
- [28] Cruz-Pamplona M, Jimenez-Soriano Y, Sarrion-Perez MG. Dental considerations in patients with heart disease. J Clin Exp Dent. 2011;3(2):e97–e105.
- [29] Moreau N, Radoi L. Le patient à risque cardiovasculaire. EMC - Médecine buccale. 2019;14(1).

BIBLIOGRAPHIE

- [30] Auteur(s). Lésion ecchymotique du palais dur. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81(5):505–507
- [31] Song Y, Luzzi L, Brennan DS. Trust in dentist–patient relationships: Mapping the relevant concepts. *Eur J Oral Sci.* 2020;128(2):110–119. <https://doi.org/10.1111/eos.12606>
- [32] Haute Autorité de Santé. Anesthésie lidocaïne/adréraline. Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique; 2019 déc
- [33] Arreto C-D. Anesthésiques locaux. In: EMC – Médecine buccale. Paris: Elsevier Masson; 2016.
- [34] Benjelloum L, Abdellaoui F, Chala S. Prise en charge des patients présentant une cardiopathie. *Le Chirurgien-Dentiste de France.* 2012 juin;153:1–10.
- [35] Aghezzaf S, Coisne A. Définition de l'insuffisance cardiaque systolique : le point de vue du cardiologue. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2021;114(7–8):409–411.
- [36] Fricain J-C, directeur. Chirurgie orale. 1re éd. Paris: Espace ID; 2017.
- [37] Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Maladie coronarienne (athérosclérose) [Internet]. s.d. Disponible sur: <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/maladie-coronarienne-atherosclerose>
- [38] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Hypertension artérielle (HTA) [Internet]. s.d. . Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/>
- [39] Société Européenne de Cardiologie, Société Européenne d'Hypertension. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- [40] Haute Autorité de Santé, Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2016 sept.
- [41] Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA). Prise en charge des urgences hypertensives [Internet]. 2021 [cité 2025 juin 11]. Disponible sur : <https://www.sfhta.eu>
- [42] Pathak A, Elghozi J-L, Fortrat J-O, Senard J-M, Hanon O. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. Consensus d'experts de la SFHTA, SFGG et EFAS. 2014 déc. Disponible sur: <https://www.sfcardio.fr/publication/prise-en-charge-de-lhypotension-orthostatique/>
- [43] Vidal. Endocardite infectieuse – Symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. 2024 avr 11 . Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- [44] Haute Autorité de Santé. Guide affection de longue durée : La prise en charge de votre cardiopathie valvulaire. 2008.

BIBLIOGRAPHIE

- [45] Tanguy S. Base de physiologie cardiaque : Licence STAPS 1^{re} année [support de cours]. Université (non spécifiée); s.d.
- [46] Vidal. Les traitements des arythmies cardiaques [Internet]. 2024 mai 31 . Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- [47] MSD. Présentation des troubles du rythme cardiaque. Manuels MSD pour le grand public. 2024 sept.
- [48] Elsan. Arythmie cardiaque : définition, causes, traitement. 2022.
- [49] Perrin D, Ahoosi V, Larras P, Lafon A, Gerard E. Manuel de chirurgie orale. Paris: Elsevier Masson; 2012.
- [50] Colavolpe JC, Assouan X, Bonnet M. Anesthésie du patient porteur d'un stimulateur cardiaque et/ou d'un défibrillateur implantable. In: EMC - Anesthésie-Réanimation. Paris: Elsevier Masson; 2017.
- [51] Stoltz A. Des hyperplasies gingivales peu ordinaires . Information Dentaire . Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/des-hyperplasies-gingivales-peu-ordinaires/>
- [52] Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. La cardiomyopathie [Internet]. s.d. Disponible sur: <https://www.ottawaheart.ca>
- [53] Monin J-L, Gosse A, Marin A, Roux G. Cardiologie : Soins infirmiers. Paris: Elsevier Masson; 2017.
- [54] Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Vasoconstricteurs en cas de congestion nasale. Folia Pharmacotherapeutica. 2021 juin.
- [55] Vidal. Comment surveille-t-on le traitement par anticoagulants ? [Internet]. 2019 avr 12 . Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- [56] Thromboclic. Précautions d'utilisation des anticoagulants [Internet]. s.d. Disponible sur: https://www.thromboclic.fr/patient/precautions_d_utilisation_des_anticoagulants.html
- [57] Organisation mondiale de la Santé. Diabète [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 . Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- [58] Diabète Québec. Autres types de diabète [Internet]. Montréal : Diabète Québec ; 2024 . Disponible sur : <https://www.diabete.qc.ca/le-diabete/informations-sur-le-diabete/autres-types-de-diabete/>

BIBLIOGRAPHIE

- [59] Aoun G, Nasseh I, Berberi A. La prise en charge du diabétique au cabinet dentaire. Rev Orthop Dento Faciale. 2015;49:367–78. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/289377620_La_prise_en_charge_du_diabetique_au_cabinet_dentaire
- [60] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Référentiel de la prise en charge périopératoire des patients diabétiques. SFAR; 2018. Disponible sur : https://www.sfdiabete.org/files/files/RecosR%C3%A9f%C3%A9rentiels/referentiel_sfar_fr.pdf
- [61] Ferrière M, Grenier B, Lecomte P, Georger JF. Le diabétique en périopératoire. Ann Fr Anesth Réanim. 2014;33(6):400–7. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1602288>
- [62] Recommedicales. Recommandations - Diabète de type 2 : stratégie thérapeutique [Internet]. [cité 2025 mai 23]. Disponible sur : <https://recommedicales.fr/recommandations/diabete-type-2/>
- [63] Megadental. La prise en charge des patients diabétiques au cabinet dentaire [Internet]. [cité 2025 mai 23]. Disponible sur : <https://www.megadental.fr/blog/la-prise-en-charge-des-patients-diabetiques-au-cabinet-dentaire>
- [64] URPS Chirugiens-Dentistes Nouvelle-Aquitaine. Prise en charge du patient diabétique [Internet]. 2023 . Disponible sur : <https://www.urps-chirurgiensdentistes-na.fr/wp-content/uploads/2023/05/Fiche-diabete-VF.pdf>
- [65] Köhler Ballan B, Hernandez A, Gonzalez Rodriguez E, Meyer P. Diabète insipide central: diagnostic et prise en charge. Rev Med Suisse. 2012;8(362):1212–6. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-362/diabete-insipide-central-diagnostic-et-prise-en-charge>
- [66] Apollo Hospitals. Diabetes Insipidus. Disponible sur : <https://www.apollohospitals.com/patient-care/health-and-lifestyle/diseases-and-conditions/diabetes-insipidus/>
- [67] Le Courrier du Dentiste. Le patient diabétique en odontologie : manifestations cliniques et prise en charge. Disponible sur : <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/le-patient-diabetique-en-odontologie-manifestations-cliniques-et-prise-en-charge.html>
- [68] Haute Autorité de Santé. Dysthyroïdies : la HAS publie un socle complet de recommandations [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023 . Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3420835/fr/dysthyroidies-la-has-publie-un-socle-complet-de-recommandations

BIBLIOGRAPHIE

- [69] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des hypothyroïdies chez l'adulte [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023 . Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202303/recommandation_prise_en_charge_des_hypothyroïdies_chez_ladulte_mel.pdf
- [70] 70) Société Odontologique de Paris. Les patients à risque : maladies thyroïdiennes [Internet]. Paris : SOP ; 2022 [consulté le 9 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.sop.asso.fr/les-journees/comptes-rendus/9-les-patients-a-risque/3>
- [71] MSD Manuel. Hypothyroïdie - Troubles hormonaux et métaboliques [Internet]. 2024 . Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-hormonaux-et-metaboliques/troubles-de-la-thyroïde/hypothyroïdie>
- [72] Vidal. Hyperthyroïdie - Symptômes [Internet]. Vidal.fr ; 2023 . Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/hyperthyroidie/symptomes.html>
- [73] Chami Dr. Diabète et troubles endocriniens. Cours magistral. Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, Faculté de Médecine, département de médecine dentaire Service de pathologie buccodentaire; 2022.
- [74] Faculté de Médecine de Constantine. Les troubles endocriniens et cavité buccale [cours en ligne]. Constantine : Université Constantine 3 ; 2022 . Disponible à : <https://facmed.univ-constantine3.dz/wp-content/uploads/2022/10/Les-troubles-endocriniens-et-cavit%C3%A9-buccale.pdf>
- [75] MSD Manuals. Hyperparathyroïdie - Troubles endocriniens et métaboliques. [Internet]. MSD Manuel Professionnel. 2024 . Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troublesendocriniensetm%C3%A9taboliques/troubles-parathyro%C3%AFdiens/hyperparathyro%C3%AFdie>
- [76] MSD Manuals. Hypoparathyroïdie - Troubles endocriniens et métaboliques. [Internet]. MSD Manuel Professionnel. 2024 . Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/troubles-parathyro%C3%AFdiens/hypoparathyro%C3%AFdie>
- [77] Société Française d'Endocrinologie. Traitement de l'hyperparathyroïdie primaire – Recommandations 2024 [Internet]. Paris : Paris Thyroïde; 2024 . Disponible sur: <https://www.paris-thyroide.fr/actualites/hyperparathyroidie-sfe-2024>
- [78] Haute Autorité de Santé (HAS). MIMPARA (cinacalcet chlorhydrate de) - Hyperparathyroïdie primaire [Internet]. Saint-Denis : HAS; 2024 . Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_750917/fr/mimpara-cinacalcet-chlorhydrate-de

BIBLIOGRAPHIE

- [79] Société Française d'Endocrinologie. Nouveautés dans le traitement des hypoparathyroïdies [Internet]. Paris: SFE; 2024 [cité 2025 mai 29]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/nouveautes-dans-le-traitement-des-hypoparathyroidies/>
- [80] Haute Autorité de Santé. Hypoparathyroïdie chronique de l'adulte : prise en charge thérapeutique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/hypoparathyroidie_adulte_-_fiche_medecin.pdf
- [81] Doury P. L'hyperparathyroïdie [Internet]. Rhumato.info. [cité 2025 mai 29]. Disponible sur: <https://www.rhumato.info/cours-revues2/105-hyperparathyroidie/1678-lhyperparathyroidie>
- [82] Nieman LK, Biller BM, Findling JW, Murad MH, Newell-Price J, Savage MO, et al. Treatment of Cushing's Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(8):2807-31.
- [83] Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(2):364–89
- [84] Hahner S, Spinnler C, Fassnacht M, Burger-Stritt S, Willenberg HS, Lang K, et al. High incidence of adrenal crisis in educated patients with chronic adrenal insufficiency: a prospective study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(2):407–16.
- [85] Lenders JWM, Duh QY, Eisenhofer G, et al. Pheochromocytoma and Paraganglioma: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(6):1915– 1942. ➡ Accès à l'article : <https://academic.oup.com/jcem/article/99/6/1915/2537399>
- [86] GPnotebook. Maladie d'Addison et procédures dentaires. [Internet]. [cité le 30 mai 2025]. Disponible sur: <https://gpnotebook.com/fr/pages/diabete-et-endocrinologie/maladie-daddison-et-procedures-dentaires>
- [87] A. BOUZIANE, L. BENRACHADI, O.K. ENNIBI, L. ABDELLAOUI, N. BENZARTI. Haematological diseases : periodontal manifestations and patient management. *Revue d'Odonto-Stomatologie* / novembre 2002
- [88] Anémie : définition, symptômes et traitement [Internet]. [cité le 28 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/hematologie/anemie/>
- [89] Image tirée de : Reddit. r/wisdomteeth [Internet]. [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://www.reddit.com/r/wisdomteeth>
- [90] FIGURE 2 Article publié par EDP Sciences et disponible sur le site <http://www.aosjournal.org> ou <http://dx.doi.org/10.1051/aos/2010203>

BIBLIOGRAPHIE

- [91] Wikipédia. Lymphome de Burkitt [Internet]. Wikipédia la bibliothèque libre; [modifié il y a environ 8 mois; cité le 28 juin 2025]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Lymphome_de_Burkitt
- [92] ARCAGY-GINECO. (n.d.). La maladie (polyglobulie) de Vaquez. InfoCancer. <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/hemopathies-malignes-cancers-du-sang/syndromes-my-lo-des/les-syndromes-myeloproliferatifs/la-maladie-de-vaquez.htm>(Consulté le 12 mai 2025)
- [93] F. Hoffmann-La Roche Ltd. Hémophilie : définition et symptômes [Internet]. Meylan (France) : Roche; 2023 oct [cité 2025 juin 28]. Disponible à : <https://www.roche.fr/articles/hemophilie-definition-symptomes>
- [94] MHEMO. La maladie de Willebrand [Internet]. MHEMO; [date inconnue; cité le 28 juin 2025]. Disponible à : <https://mhemo.fr/les-pathologies/la-maladie-de-willebrand>
- [95] Canadian Hemophilia Society. Les symptômes de la maladie de von Willebrand [Internet]. Canada : Canadian Hemophilia Society; [date de publication inconnue, environ 7 ans]; [cité 2025 juin 28]. Disponible à : <https://www.hemophilia.ca/fr/les-symptomes-de-la-maladie-de-von-willebrand/>
- [96] Société Française d'Hématologie. La maladie de Willebrand : fiche d'information patient [Internet]. Grenoble (France) : SFH; mars 2009 [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://sth.hematologie.net/sites/sfh.hematologie.net/files/medias/documents/maladiedewillebrand.pdf>
- [97] Bruno Varet .Livre de l'interne: Hématologies ; juillet 2007
- [98] Yvon Proche. Chirurgie dentaire et patients à risque ;1996
- [99] Otmane N, Nacheff MN, Msefer Alaoui F. Prise en charge bucco-dentaire de l'enfant atteint de leucémie aiguë. Rev Odont Stomatol. 2004;33(1):17–27.
- [100] Guy Meyer, Pierre-Louis Tharaux, "Hématologie", 3e édition, Elsevier Masson, 2021.
- [101] Yvon R. Épilepsie. In : Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne. Université Paris Diderot-Paris 7; février 2010. p. 563.
- [102] Elsan.care. Alzheimer : définition, causes et traitements. Mise à jour : 2014. Disponible sur : <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-neurologiques/alzheimer-definition-traitements>
- [103] Information Hospitalière. L'Alzheimer : comment prévenir la maladie du vieillissement? .2023. Disponible sur: <https://www.informationhospitaliere.com/lalzheimer-comment-prevenir-la-maladie-du-vieillissement>

BIBLIOGRAPHIE

- [104] Vidal. Les médicaments de la maladie d'Alzheimer. Mise à jour : 20 octobre 2020. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer/medicaments.html>
- [105] Alzheimer.ca. Soins bucco-dentaires chez les personnes atteintes. 2025.
- [106] Nacardental.com. Hygiène dentaire et maladie d'Alzheimer. 2025.
- [107] Kin.es. Maladie d'Alzheimer et santé bucco-dentaire. Mise à jour : 2024.
- [108] Abin-Jaunet C, Armengol V, Chaussain-Miller C, Rodat O, Laboux O. Maladie d'Alzheimer et odontologie gériatrique. Rev Odontostomatol. 2004;33(4):243-272. Disponible sur : <https://www.sop.asso.fr/revue-odonto-stomatologique/171-maladie-d-alzheimer-et-odontologie-geriatrique/sop.asso.fr>
- [109] Lacoste-Ferré MH. Maladie d'Alzheimer et odontologie. AOS. 2013.
- [110] SOP. Maladie d'Alzheimer et odontologie gériatrique. 2004.
- [111] Ministère de la Santé. La maladie de Parkinson. Mise à jour : 9 août 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-de-parkinson/MTSSF>
- [112] France Parkinson. Quels sont les symptômes de la maladie de Parkinson ? 2025.
- [113] Assurance Maladie. Le traitement de la maladie de Parkinson. Mise à jour : 26 février 2025. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/maladie-parkinson/traitement>
- [114] Parkinson's Foundation. Dentalcare and Parkinson's. 2025. Organisation mondiale de la santé
- [115] Neurologies.fr. Santé bucco-dentaire et maladie de Parkinson. 2025. Disponible sur : <https://neurologies.fr/la-cavite-orale-oubliee-de-la-prise-en-charge-du-patient-parkinsonien%E2%80%AF-sante-bucco-dentaire-et-maladie-de-parkinson/> Neurologies
- [116] Hélène Macé. Prise en charge au cabinet dentaire des maladies neurodégénératives: Alzheimer et Parkinson. Chirurgie. 2019. dumas-02098244 page [35-38]
- [117] Delourmel J. Maladie de Parkinson et prise en charge bucco-dentaire. L'Information Dentaire. 2021 May 12;19:27–28.
- [118] Parkinson.ca. Les soins dentaires et la maladie de Parkinson. 2025. Neurologies
- [119] Murignieux R. Santé bucco-dentaire : conseils pour les malades de Parkinson. Agevillage. 2021 Jun 14. Disponible sur : <https://www.agevillage.com/actualites/sant%C3%A9-bucco-dentaire-conseils-pour-les-malades-de-parkinson>
- [120] Parkinson.ch. Questions fréquentes. 2025.
- [121] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Épilepsie : fiches d'information . Genève : OMS; 2024 févr 7 . Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

BIBLIOGRAPHIE

- [122] Médium. Disponible sur : www.medium.com
- [123] VIDAL. Les médicaments contre l'épilepsie. 2024.
- [124] Ameli.fr. Traitements de l'épilepsie 2025. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/epilepsie/traitement>
- [125] Schweizerische Epilepsie-Liga. Soins dentaires et épilepsie. 2024. Disponible sur : <https://www.epi.ch>
- [126] Cornacchio ALP, Burneo JG, Aragon CE. Les effets des antiépileptiques sur la santé buccodentaire. *J Can Dent Assoc.* 2011;77:b140.
- [127] Kwon YD, Kim M, Kim HY, et al. Oral health of people with epilepsy: a review. *Epilepsy Res.* 2020;166:106402.
- [128] Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Requeni-Bernal J. Dental management of the epileptic patient. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(1):e94–e98.
- [129] Fitzpatrick SC, Jackson DL, Gremillion HA. Epilepsy and the dental patient. *J Tenn Dent Assoc.* 2008;88(2):24–7.
- [130] Devinsky O, Vezzani A, Najjar S, De Lanerolle NC, Rogawski MA. Glia and epilepsy: excitability and inflammation. *Trends Neurosci.* 2020;43(3):180–92.
- [131] Vaysse F. Guide pratique de médecine bucco-dentaire. 2e éd. Paris : CdP; 2013.
- [132] Assurance Maladie. Accident vasculaire cérébral (AVC). Mise à jour : 26 fév 2025. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc>
- [133] Alexandrov AV, Krishnaiah B. Présentation de l'accident vasculaire cérébral. *Stroke.* 2023 juin;54(6):1548–57.
- [134] Agence régionale de santé Île-de-France. Accident Vasculaire Cérébral (AVC). 30 sept 2024. Disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux_avc
- [135] Sciences et avenir. Disponible sur : www.scienceetavenir.fr
- [136] Afettouche F, Saidani T, Saboundji K, Makhloufi B. Les patients présentant une maladie générale et un besoin de soin reçus au service d'oc. Tizi Ouzou : Université de Mouloud Mammeri; 2019.
- [137] Assurance Maladie. Le traitement de l'AVC. Mise à jour : 14 sept 2023. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-traitement>
- [138] Société Chirurgicale Orale. Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie. Disponible sur : <https://www.sco.fr>
- [139] Cliniques universitaires Saint-Luc. Prise en charge des AVC. 2020. Disponible sur : <https://www.saintluc.be>

BIBLIOGRAPHIE

- [140] Organisation mondiale de la Santé. VIH et sida [Internet]. Genève : OMS ; 2023 [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- [141] Institut Pasteur. Hépatites virales : symptômes, traitement, prévention. Institut Pasteur ; avril 2024.
- [142] Vidal. Hépatite B. 2024 janv 2. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/hepatite-b.html>
- [143] Primo Medico. Hépatite : définition et types. Primo Medico ; 2024.
- [144] Primo Medico. Hépatite : définition et types. Primo Medico ; 2024.
- [145] Vidal. Traitements de l'hépatite B. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/hepatite-b/traitements.html>
- [146] Vidal. Médicaments utilisés dans l'hépatite C chronique. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/hepatite-c/medicament.html>
- [147] Rerhrhaye M, Abdellaoui L, Bouziane A, Ennibi O. Le bilan biologique en odontostomatologie : intérêt et interprétation. Actual Odonto-Stomatol. 2010;(250):117-35. Disponible sur : <https://doi.org/10.1051/aos/2010203>
- [148] Iboukhaye A, Haitami S, Ben Yahya I. Patients atteints de l'insuffisance hépatique : manifestations buccales et prise en charge. Le Courrier du Dentiste. 2018 avr 16. Disponible sur : <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/patients-atteints-de-l-insuffisance-hepatique-manifestations-buccales-et-prise-en-charge.html>
- [149] Adam L. Prise en charge des patients à risque au cabinet dentaire : enquête auprès des chirurgiens-dentistes de ville de Haute-Normandie [Thèse]. Lille : Université du Droit et de la Santé Lille 2 ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863895>
- [150] Bouziane A, Benrachadi L, Abdellaoui L, Ennibi O, Benzarti N. Les maladies infectieuses : manifestations buccales, parodontales et prise en charge. Première partie : maladies virales. Rev Odonto-Stomatol. 2005;34(4):235–55.
- [151] Ibourk A, Haitami S, Ben Yahya I. Prise en charge des patients avec insuffisance hépatique en odontologie. 2020. Disponible sur : <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/patients-atteints-de-l-insuffisance-hepatique-manifestations-buccales-et-prise-en-charge.html>
- [152] Innaurato G, Louis-Simonet M, Piguët V. Antalgie chez les patients avec une atteinte hépatique. Rev Med Suisse. 2015 juin 24;11(487):1380–4. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-480/antalgie-chez-les-patients-avec-une-atteinte-hepatique>

BIBLIOGRAPHIE

- [153] Ameli.fr. Cirrhose du foie : définition et causes. Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cirrhose-foie/cirrhose-foie-definition-causes>
- [154] MSD Manuals. Cirrhose du foie. 2024. Disponible sur :
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-hepatiques/cirrhose-du-foie/cirrhose-du-foie>
- [155] Elsan. Cirrhose du foie : définition, causes et traitements. Disponible sur :
<https://www.elsan.care/fr/actualites/cirrhose-du-foie-definition-causes-et-traitements>
- [156] Effet Santé. Cirrhose hépatique : remèdes maison . 2023 . Disponible sur :
<https://effetsante.com/cirrhose-hepatique-remedes-maison/>
- [157] ARCAT. Conséquences et complications de la cirrhose. Disponible sur :
<https://www.arcat-sante.org/infos-cles/hepatites/consequences-et-complications-de-la-cirrhose>
- [158] Ameli.fr. Traitement de la cirrhose du foie. Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cirrhose-foie/traitement>
- [159] Vidal. Recommandations Cirrhose. Disponible sur :
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/cirrhose-3399.html#prise-en-charge>
- [160] Ameli.fr. L'ulcère de l'estomac ou du duodénum : définition et causes. 2025 févr 26.
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ulcere-estomac-duodenum/definition-causes>
- [161] MSD Manuals. Ulcère gastroduodéal - Troubles digestifs. 2025. Disponible sur :
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/gastrite-et-ulcere-gastroduodéal/ulcere-gastroduodéal>
- [162] <https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiq7ODIksvgAhUC0BoKHevWDy4Qjxx6BAgBEAI&url=https%3A%2F%2F>
- [163] Ameli.fr. Le traitement de l'ulcère gastroduodéal. 2025 avr 23. Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ulcere-estomac-duodenum/traitement>
- [164] Vidal. Ulcère gastrique ou duodéal. 2023 juin 15. Disponible sur :
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/ulcere-gastrique-ou-duodenal-1498.html#prise-en-charge>
- [165] Jean Christophe Fricain .Référentiel Internat chirurgie orale ; 2017.
- [166] Masson. L'essentiel de la médecine pour le chirurgien-dentiste ;2011
- [167] <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/maladie-renale-chronique/comprendre-maladie-renale-chronique>
- [168] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Insuffisance rénale [Internet]. Paris : Inserm ; publié 8 nov 2017; modifié 20 jan 2025 [cité 28 juin 2025].
Disponible à : <https://www.inserm.fr/dossier/insuffisance-renale/>

BIBLIOGRAPHIE

- [169] France Rein (Association). Les différentes maladies rénales [Internet]. France : France Rein; [date de publication inconnue]; [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://www.francerein.org/vivre-avec-la-maladie/maladies-et-traitements/les-differentes-maladies-renaales/>
- [170] Objectif Rein Santé (Fédération Hospitalisation Privée). Maladies glomérulaires [Internet]. France : Objectif Rein Santé; [date de publication non indiquée]; [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://objectifreinsante.org/je-m-informe/maladies-glomerulaires/>
- [171] MedG – Association MedG.fr. Insuffisance rénale chronique [Internet]. France : MedG; publié vers juin 2017 (selon dernière relecture) [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://www.medg.fr/od-irc/2/>
- [172] Malkina A. Maladie rénale chronique [Internet]. In: MSD Manuals – Version professionnelle – Troubles génito-urinaires. Vérifié/février 2025 [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-g%C3%A9nito-urinaires/maladie-r%C3%A9nale-chronique/maladie-r%C3%A9nale-chronique>
- [173] Sharon Trabelsi. Prise en charge des patients insuffisants rénaux en chirurgie buccale . Chirurgie.2018.ffdumas-01781719
- [174] Inicea – Groupe Clariane. Insuffisance rénale et dialyse [Internet]. France : Inicea; publié environ début 2021 (il y a 4,2 ans); [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/insuffisance-renale-et-dialyse>
- [175] Faculté de Médecine, Université Constantine III. Insuffisance rénale [Internet]. Constantine (Algérie) : Université Constantine III ; nov 2022 [cité 28 juin 2025]. Disponible à : <https://facmed.univ-constantine3.dz/wp-content/uploads/2022/11/insuffisance-renale.pdf>
- [176] ABJEAN M, LECESNE L, Précautions nécessaires à l'exercice odontologique vis-à-vis des pathologies médicales. Université de Rennes 1.
- [177] Organisation mondiale de la Santé. Multiple sclerosis fact sheet. In: WHO [Internet]. Updated ~3 years ago Available from: WHO Fact Sheet [en ligne].
- [178] VIDAL. Le traitement de la sclérose en plaques [Internet]. Mis à jour le 20 septembre 2024 Disponible sur : Vidal, maladies système nerveux – SEP
- [179] Berkani-Tordjman N. Sclérose en plaques et maladies parodontales. [Internet]. Paris :Dr-Berkani-Tordjman; non daté [. Disponible sur : PDF stomatologie SEP .
- [180] Inserm. Sclérose en plaques (SEP) [Internet]. Paris : Inserm; 2020 [cité 11 juin 2025]. Disponible sur : Dossier SEP Inserm

BIBLIOGRAPHIE

- [181] MSD Manuals. Maladie osseuse de Paget [Internet]. MSD Manuals - Édition pour le grand public; [cité le 13 mai 2025].tion de l'os dans ces zones.
- [182] Haute Autorité de Santé. Les médicaments de l'ostéoporose [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; [date de publication inconnue] [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose
- [183] Cannasse S. SFR 2024 – Chirurgiens-dentistes et rhumatologues : un duo gagnant. Univadis. 6 fév 2025.
- [184] Société Odontologique de Paris. Formation continue en odontologie. Disponible sur : <https://www.sop.asso.fr>
- [185] VIDAL. Ostéoporose [Internet]. Le Vidal; 2025 [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/osteoporose.html>
- [186] Curaprox. Ostéoporose et nécrose de la mâchoire : traitement et prévention [Internet]. Curaprox.fr. [cité 2025 mai 23].
- [187] colgate Professional. L'inflammation buccale et l'ostéoporose [Internet]. Colgate Professional; [cité 2025 mai 23].
- [188] ; Laroche M. Ostéoporose – Soins dentaires sous bisphosphonates ou dénosumab : recommandations de bonne pratique [Internet]. Rhumatos.fr; 2024 mars 29 [cité 2025 mai 23].
- [189] Wikipédia. Polyarthrite rhumatoïde [Internet]. Wikipédia, l'encyclopédie libre; 2025 [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Polyarthrite_rhumato%C3%AFde
- [190] Turcsak C. Impact de la polyarthrite rhumatoïde et de ses traitements sur la santé bucco-dentaire [thèse]. Lille : Université de Lille, Faculté de chirurgie dentaire ; 2024. Disponible sur : https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Chirdent/2024/2024ULILC069.pdf
- [191] Assurance Maladie. Traitement de la polyarthrite rhumatoïde [Internet]. Ameli.fr; [date de publication inconnue] [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/polyarthrite-rhumatoide/traitement>
- [192] Information Dentaire. Prise en charge des patients sous biothérapie au cabinet dentaire [Internet]. [cité le 6 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/formations/prise-en-charge-des-patients-sous-biothrapie-au-cabinet-dentaire/>
- [193] MSD Manuals. Rhumatisme articulaire aigu - Pédiatrie [Internet]. MSD Manuel professionnel. [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/diverses-infections-bact%C3%A9riennes-chez-le-nourrisson-et-l-enfant/rhumatisme-articulaire-aigu>

BIBLIOGRAPHIE

- [194] Buvelot H. Prophylaxie antibiotique et procédure dentaire [Internet]. Hôpitaux universitaires de Genève; 2023 nov 23 [cité 2025 mai 23]. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/maladies_infectieuses/documents/4._presentation_dre_helene_buvelot_23.11.2023.pdf
- [195] Swiss Orthopaedics. Prophylaxie antibiotique avant les interventions dentaires [Internet]. 2016 [cité 2025 mai 23]. Disponible sur: <https://www.swissorthopaedics.ch/images/content/empfehlungen/F-prophylaxieantibiotiqueavantlesinterventionsdentaires.pdf>
- [196] Wikipédia. Prothèse articulaire [Internet]. Wikipédia, l'encyclopédie libre; 2025 [cité le 13 mai 2025]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Proth%C3%A8se_articulaire
- [197] DocteurClic. Image médicale [Internet]. [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: https://www.docteurclic.com/galerie-photos/image_4382_m.jpg
- [198] Fröhlich J. Cortisone : laquelle est bonne et laquelle est mauvaise ? [Internet]. Ligue suisse contre le rhumatisme. 2019 août 21 [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://www.ligues-rhumatisme.ch/blog/2019/cortisone-laquelle-est-bonne-et-laquelle-est-mauvaise>
- [199] Canadian Dental Association. Consensus Statement: Dental Patients with Total Joint Replacement [Internet]. Ottawa (Canada) : Canadian Dental Association ; 2016 juin [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: https://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/jointreplacement/
- [200] MSD Manuals. Troubles dépressifs – Troubles de l'humeur. Dans: Manuel MSD, version professionnelle [Internet]. s.d.. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com>
- [201] VIDAL. Comment soigne-t-on la dépression ? [Internet]. 2022 . Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- [202] MedflixS. Dépression : les traitements du futur en lumière [Internet]. 2025 janv 23 . Disponible sur: <https://www.medflixs.com>
- [203] Établissement.org. Qu'est-ce que la toxicomanie ? [Internet]. s.d. Disponible sur: <https://www.etablissement.org>
- [204] Santé Canada. Traitement de la consommation de substances [Internet]. Ottawa: Gouvernement du Canada; s.d. . Disponible sur: <https://www.canada.ca>
- [205] Landru M. Manifestations orales associées à la toxicomanie et prise en charge au cabinet dentaire [thèse]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon; 2015.
- [206] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prescription des antibiotiques en pratique buccodentaire. Paris: AFSSAPS; 2011.

BIBLIOGRAPHIE

- [207] Circonscription de Maromme. Troubles du spectre de l'autisme (TSA) [Internet]. Académie de Normandie; s.d.. Disponible sur: <https://www.ac-normandie.fr>
- [208] URPS Chirugiens-Dentistes Occitanie. Patients avec un Trouble du Spectre de l'Autisme [Internet]. 2023 juill 28 . Disponible sur: <https://www.urps-chirurgiens-dentistes-occitanie.fr>
- [209] Vaysse F, coordonnateur. Protocoles des soins buccodentaires chez les patients présentant un handicap [Document interne]. Contact: vaysse@Cicité[15] Valentin A. Autisme et santé bucco-dentaire : Approche spécifique [mémoire]. Nancy: Université d'Henri Poincaré; 2011.
- [210] Haute Autorité de Santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) – Volet 1 [Internet]. 2022 oct 5 . Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
- [211] Nourguet É. L'enfant déficient mental au cabinet dentaire [thèse]. Nantes: Université de Nantes, UFR d'odontologie; 2007.
- [212] Vaysse F. Protocoles des soins buccodentaires chez les patients présentant un handicap [Document interne]. Contact: vaysse@Cicité.
- [213] Gouvernement du Canada, Santé publique. Syndrome post-COVID-19 : symptômes [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/symptomes/syndrome-post-covid-19.html>
- [214] Science.gc.ca. Syndrome post-COVID-19 au Canada : état des connaissances et cadre d'action [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://science.gc.ca/site/science/fr/bureau-conseillere-scientifique-chef/initiatives-reponse-covid-19/syndrome-post-covid-19-canada-etat-connaissances-cadre-daction>
- [215] Apollo Hospitals. Long-term health effects of COVID-19 [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.apollohospitals.com/fr/diseases-and-conditions/long-term-health-effects-of-covid-19/>
- [216] Ministère des Solidarités et de la Santé. Tout ce qui change à compter d'avril 2025 en matière de santé [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/tout-ce-qui-change-a-compter-d-avril-2025-en-matiere-de-sante-432905>

BIBLIOGRAPHIE

- [217] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Espace recherche documentaire [Internet]. [cité le 15 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-recherche-documentaire/>
- [218] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Le CRAT – Informations sur les médicaments et la grossesse [Internet]. Paris : Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP.Sorbonne Université ; [date de publication inconnue] [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr>
- [219] Steel N. 2025 Dental Guidelines: Updated Drug Pregnancy Categories [Internet]. DentalRx. 2025 janv 1 [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://dentalrx.ca/articles/drug-pregnancy-categories>
- [220] Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy – a critical review on the oral care. J Clin Diagn Res. 2013 May;7(5):948–953. doi:10.7860/JCDR/2013/5405.2986. PMID: 23814753; PMCID: PMC3681080
- [221] American Dental Association. Pregnancy [Internet]. ADA.org. [date de publication inconnue] [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/pregnancy>
- [222] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les femmes enceintes : améliorer l'information sur les risques pour un meilleur usage [Internet]. Saint-Denis La Plaine : ANSM ; 2025 avr 25 [cité 2025 mai 25]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-chez-les-femmes-enceintes-ameliorer-linformation-sur-les-risques-pour-un-meilleur-usage>
- [223] Bochellen A. La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante [Internet]. ResearchGate; 2018 [cité 2025 mai 30]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/323795237_La_prise_en_charge_bucco-dentaire_de_la_personne
- [224] Sproat C, Burke G, McGurk M. L'essentiel de la médecine générale pour le chirurgien-dentiste. Paris: Elsevier Masson; 2011.
- [225] Mission d'Aide à l'Implantation (MAI). Indications de la radiothérapie dans le cancer des VADS : outil d'aide à la décision, consensus d'experts à partir de recommandations internationales. Recommandations & Référentiels. 2009.

BIBLIOGRAPHIE

- [226] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide – Affection de longue durée : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer des voies aérodigestives supérieures. Saint-Denis La Plaine : HAS; Nov 2009.
- [227] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Radiothérapie et soins bucco-dentaires [Internet]. 2010. Disponible sur : [http://www.afsos.org/IMG/pdf/Radiothérapie_et_soins_bucco_dentaire.pdf](http://www.afsos.org/IMG/pdf/Radioth%C3%A9rapie_et_soins_bucco_dentaire.pdf)
- [228] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Radiothérapie et soins bucco-dentaires. Version validée le 9 oct 2020. AFSOS; 2020.
- [229] Mérigot A, Chatel C. Irradiation cervicofaciale : répercussion sur le milieu buccal. Rev Odonto-Stomatol. 2005 Sep;34(3).
- [230] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Radiothérapie et soins bucco-dentaires. Version validée le 3 déc 2010. AFSOS; 2010.
- [231] Institut de Cancérologie de Bourgogne. La chimiothérapie [Internet]. Accédé le 9 mai 2025. Disponible sur : <https://www.institut-cancerologie-bourgogne.fr/la-chimiotherapie>
- [232] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). Traitements médicaux du cancer et soins bucco-dentaires. Référentiel [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2020/12/Traitements-m%C3%A9dicaux-du-cancer-et-soins-bucco-dentaires_AFSOS.pdf
- [233] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Chimiothérapie et soins bucco-dentaires. Manuel de soins oncologiques de support. 2010.
- [234] Kin.es. Soins bucco-dentaires chez les patients en oncologie. 2024.
- [235] Tamburini P. Prescriptions et précautions en odontologie chez les patients sous traitement anti-cancéreux [Internet]. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. Disponible sur : <https://hal.science/hal-01733305>
- [236] Delves PJ. Composantes moléculaires du système immunitaire. Dans : Édition professionnelle du Manuel Merck [Internet]. Disponible sur : <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/immunologie-troubles-allergiques/biologie-du-syst%C3%A8me-immunitaire/composantes-mol%C3%A9culaires-du-syst%C3%A8me-immunitaire>
- [237] Collège National de Pharmacologie Médicale. Cytokines et anti-cytokines : les points essentiels [Internet]. Pharmacomédicale.org. Disponible sur : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/cytokines-et-anti-cytokines-les-points-essentiels>

BIBLIOGRAPHIE

- [238] Chappard D, Baslé MF. Bisphosphonates et ostéonécrose de la mâchoire : aspects pharmacologiques et cliniques. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007;108(3):165-171. doi:10.1016/S0035-1745(07)80016-7.
- [239] Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, O’Ryan F. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Oct;72(10):1938-56. doi: 10.1016/j.joms.2014.04.031. PMID: 24999069.
- [240] Cummings SR, San Martin J, McClung MR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2009 Aug 20;361(8):756-65. doi: 10.1056/NEJMoa0809493. PMID: 19671655.
- [241] PasseportSanté. Corticothérapie : à savoir [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=savoir-sur-corticotherapie>
- [242] AFM-Téléthon. De la cortisone à la prednisone [Internet]. [cité le 11 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.afm-telethon.fr/fr/vivre-avec-la-maladie/mon-parcours-de-soins/les-medicaments/de-lacortisone-la-prednisone-les>
- [243] La Revue Prescrire. Corticothérapie orale prolongée. Des repères pour diminuer le risque d’effets indésirables graves. *La Revue Prescrire*. 2023;43:837–843.
- [244] Info-Cancer [Internet]. [Consulté le 30 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.arcagy.org>
- [245] Odbane GH, autres auteurs. Titre de l’article (manquant) [Internet]. *AOS – Annales d’Odonto-Stomatologie*. 2015;27(1):30. Disponible sur : <https://aos.edpsciences.org/articles/aos/pdf/2015/01/aos2015271p30.pdf>
- [246] Vidal. Les traitements anticoagulants [Internet]. VIDAL; 2019 avr 12 . Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
- [247] Doutriaux A. Les antithrombotiques : fiche pour les infirmiers [Internet]. Walter Learning; 2023 juin 5 . Disponible sur: <https://www.walter-learning.com>.
- [248] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandations – Bon usage des agents antiplaquettaires [Internet]. 2012 juin . Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr>
- [249] Israels S, Schwetz N, Boyar R, McNicol A. Bleeding disorders: Characterization, dental considerations and management. *J Can Dent Assoc*. 2006;72(9):827.
- [250] Société Française de Chirurgie Orale. Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale [Internet]. 2015 juill . Disponible sur: <https://www.sfco.fr>

BIBLIOGRAPHIE

[251] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Fiche de transparence : Antivitamines K [Internet]. 2000 déc . Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>

[252] OMEDIT Centre-Val de Loire. Définition des AOD [Internet]. s.d. Disponible sur: <https://www.omedit-centre.fr>

[253] Pharmacomedicale.org. Anticoagulants par voie orale : inhibition directe des facteurs de la coagulation (AODs) [Internet]. s.d. Disponible sur: <https://www.pharmacomedicale.org>

[254] • Haute Autorité de Santé. Les anticoagulants oraux [Internet]. 2018 juin 1 . Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>

ANNEXES

ANNEXES



Trousse d'urgence



- Ranger dans un même lieu à l'abri de la poussière et de la chaleur
- Signaler sur la porte par une étiquette la présence de la trousse d'urgence.
- La trousse d'urgence doit être présentée à tout nouveau personnel du cabinet

Date de la prochaine révision :

(1^{er} médicament ou matériel à se périmé dans la trousse, à enregistrer sur l'agenda)

Matériel

Matériel	Date de péremption du matériel ou des piles
Masques haute concentration d'oxygène (usage unique, 2-3 tailles)	
BAVU (Ballon auto-remplisseur - valve unidirectionnelle)	
Tensiomètre automatisé (Conserver les piles hors de l'appareil pour éviter de les décharger)	
Défibrillateur externe automatique ou semi-automatique	
Oxymètre de pouls	
Bandelettes réactives de glycémie	
Lecteur de glycémie (Conserver les piles hors de l'appareil pour éviter de les décharger)	
Compresses stériles	
Aiguilles sous-cutanées	
Pansements	
Mots : « Les urgences médicales au cabinet dentaire » Guide ADF ou Guide UFSBD	Version mise à jour 20...

Médicaments

(À ranger dans une boîte hermétique)

Médicaments	Indications	Contre-indications ou précautions	Utilisation	Date de péremption
AERIUS® 5 mg CP	Manifestations allergiques	Grossesse, allaitement.	1 cp avaler en cas de manifestations allergiques (urticaire, œdème de Quincke si digestion possible, choc anaphylactique)	
ALPRAZOLAM 0,25 mg (XANAX® - benzodiazépine)	Crise d'angoisse Convulsions	Insuffisance hépatique grave, insuffisance respiratoire grave	1 cp faire fondre sous la langue	
ANAPEN® 0,30 mg Solution Injectable (Adrénaline) ADULTE	Allergie : • Etat de choc anaphylactique de l'adulte, ou de l'enfant de plus de 30 kg • Œdème de Quincke avec signes respiratoires	n'utiliser qu'en cas d'extrême nécessité chez les patients aux antécédents cardiaques, en particulier coronarien	1 injection IM (stylo prêt à l'emploi) dans la face antrolatérale de la cuisse Effets secondaires possibles : palpitations, tachycardie, sueurs, tremblements, nausées	
ANAPEN® 015 mg Solution Injectable (Adrénaline) ENFANT	Allergie : • Enfant moins de 30 kg • Œdème de Quincke avec signes respiratoires		1 injection IM (stylo prêt à l'emploi) dans la face antrolatérale de la cuisse Effets secondaires possibles : palpitations, tachycardie, sueurs, tremblements, nausées	

ANNEXES

Médicaments	Indications	Contre-indications ou précautions	Utilisation	Date de péremption
ASPIRINE 160 mg (KARDEGIC®)	Après avis du SAMU pour syndrome coronarien aigu	Seule contre-indications en urgence : l'allergie	A diluer dans un fond d'eau avaler	
ATROPINE 0,5 mg (Ampoules de 1ml)	Bradycardie Malaise vagal prolongé avec fréquence cardiaque basse (pouls < 60/minute)	Grossesse, allaitement, glaucome	Aspirer une ampoule de 1 ml dans une seringue de 2 ml et injecter après purge de l'air en sous-cutané ou en intramusculaire.	
BISEPTINE®	Désinfection cutanée avant injection		En application cutanée avec une compresse	
GLUCAGEN KIT 1 mg (seringue pré dosée de 1 ml)	Patient diabétique présentant une hypoglycémie avec troubles de conscience	phéochromocytome hyperglycémie	Vider la seringue pré remplie dans le flacon de poudre, agiter doucement et aspirer dans la seringue. Injection après purge en sous-cutané ou en intramusculaire	
GLUCOSE • Glucose 30% LAVOISIER (Ampoules) • Boisson sucrée (sirop de fruits, sucre en poudre dilué dans de l'eau)	Patient diabétique présentant une hypoglycémie sans trouble de conscience	hyperglycémie	A faire boire au patient, s'il conserve ses réflexes de déglutition. A renouveler si besoin.	
OXYGENE MEDICAL	Insuffisance respiratoire, dyspnée avec désaturation, patient inconscient...	• Graisse (sur main ou visage risque d'inflammation) • Flamme ou corps incandescent proximité	Patient conscient 9 l/min Insufflation par ballon (patient inconscient) 15 l/min	
PARACETAMOL CODEINE (500 /30) Cp effervescents (Dafalgan cod in®)	Traitement préventif ou curatif des douleurs d'intensité modérée à intense chez l'adulte (La dose doit être adaptée pour l'enfant)	• Pathologie hépatique • Allergie • Asthme ou insuffisance respiratoire	1 à 2 comprimés dissoudre dans un fond d'eau. Délai d'action 30 min	
PARACETAMOL 500 mg Cp effervescents (Efferalgan®)	Traitement préventif ou curatif des douleurs d'intensité faible à modérée chez l'adulte (La dose doit être adaptée pour l'enfant)	• Pathologie hépatique • Allergie	1 à 2 comprimés dissoudre dans un fond d'eau. Délai d'action 30 min	
PREDNISOLONE 20 MG Cp Orodispersible (SOLUPRED®)	Oedème de Quincke sans signe respiratoire		1 mg/kg soit 4 comprimés pour un patient de 80 kg, à mettre dans la bouche pour dissolution dans la salive, sinon le diluer au préalable dans l'eau	
SALBUTAMOL (VENTOLINE®) Aérosol	Crise d'asthme		2 bouffées en inhalation, renouveler quelques minutes plus tard si la gêne persiste.	
TRINITRINE 0,30 mg (NATISPRAY®)	Douleur thoracique d'allure coronarienne	Ne pas utiliser en cas d'hypotension (Tension artérielle <10)	1 bouffée sous la langue, renouveler si besoin 2 minutes plus tard. Laisser le patient au repos pendant 15 min puis le lever doucement pour éviter une hypotension orthostatique	
TERBUTALINE 0,5 mg/ml (BRICANYL®) Ampoules de 1ml	Asthme résistant à l'aérosol de Salbutamol		1ml en injection sous-cutanée	

2. EXAMENS DE LABORATOIRE : VALEURS COURANTES

Numération Formule Sanguine

• Hémogramme

Paramètres	Homme	Femme
Globules rouges	4.5 à 5.8 $10^{12}/L$	4 à 5.5 $10^{12}/L$
Hémoglobine	13 à 18 g/dL	12 à 16 g/dL
Hématocrite	40 à 54%	37 à 47%
VGM	80 à 100 μm^3	
CCMH	32 à 36 g/dL	
TCMH	27 à 32 pg	

• Formule leucocytaire

Paramètres	Valeurs
Leucocytes totaux	4 000 à 10 000 $10^6/L$
P. neutrophiles	1 500 à 7 500 $10^6/L$
P. éosinophiles	< 400 $10^6/L$
P. basophiles	< 200 $10^6/L$
Lymphocytes	1 500 à 4 000 < 500 $10^6/L$
Monocytes	100 à 1 100 < 500 $10^6/L$

• Numération plaquettaire

Paramètre	Valeur
Nombre de plaquettes	150 000 à 400 000 $10^6/L$

Hémostase

Paramètres	Valeurs
Taux de prothrombine (TP)	70 à 100%
Temps de céphaline activé (TCA) (malade/témoin)	0.8-1.2

Bilan rénal

Paramètre	Valeur
Clairance de la créatinine	120 +/- 20 mL/min

Bilan hépatique

Paramètres	Valeurs
ALAT	4 à 40 UI/L
ASAT	4 à 40 UI/L
GGT	8 à 35 UI/L

Activer
Accédez à

ANNEXES

Catégorie	Molécules ou famille de molécules
Antibiotiques	Amoxicilline Amoxicilline / acide clavulanique Azithromycine Clindamycine Doxycycline Métronidazole Spiramycine
Antalgiques et anti-inflammatoires	AINS Paracétamol Codéine Glucocorticoïdes Tramadol
Antifongiques	Amphotéricine B Miconazole
Autres	Aciclovir Hydroxyzine <u>Usage local :</u> Chlorhexidine Povidone iodée

1. LISTE DES MOLÉCULES COURAMMENT PRESCRITES EN ODONTOLOGIE

Catégorie	Molécules ou famille de molécules
Antibiotiques	Amoxicilline Amoxicilline / acide clavulanique Azithromycine Clindamycine Doxycycline Métronidazole Spiramycine
Antalgiques et anti-inflammatoires	AINS Paracétamol Codéine Glucocorticoïdes Tramadol
Antifongiques	Amphotéricine B Miconazole
Autres	Aciclovir Hydroxyzine Usage local : Chlorhexidine Povidone iodée

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

La prise en charge des patients à risque en 2025 repose sur une approche globale, intégrant les recommandations actuelles pour assurer une meilleure planification des soins dentaires, en prenant en considération les différents risques médicaux rencontrés. Ces risques peuvent être liés à des pathologies systémiques chroniques à titre d'exemple (maladies cardiovasculaires, diabète, pathologies hématologiques, maladies rénales et hépatiques), à des situations physiologiques particulières comme la grossesse ou le vieillissement, ou encore à des traitements médicaux tels que les antithrombotiques, la corticothérapie prolongée ou les thérapies anticancéreuses dont chimiothérapie, les thérapies ciblées, bisphosphonates,

Le chirurgien-dentiste doit ajuster ses choix thérapeutiques avec rigueur, en s'appuyant sur une anamnèse détaillée, des examens complémentaires si besoin, et une coordination avec le médecin traitant, dont l'objectif est de garantir une prise en charge adaptée et sécurisée pour chaque patient.

En 2025, la sécurité du patient à risque repose sur des pratiques fondées sur les recommandations actualisées, la prévention des complications et une coordination interdisciplinaire efficace. Cette évolution de la pratique rend le praticien plus autonome, plus responsable, et en adéquation avec les exigences de la médecine contemporaine.

Mots clés : risque, patient à risque, prise en charge, facteur de risque, prévention, recommandations

ABSTRACT

ABSTRACT

The management of at-risk patients in 2025 is based on a comprehensive approach that integrates current clinical guidelines to ensure optimal planning of dental care, while taking into account the various medical risks involved. These risks may be related to chronic systemic conditions — for example, cardiovascular diseases, diabetes, hematologic disorders, renal or hepatic insufficiencies — to specific physiological states such as pregnancy or aging, or to medical treatments such as antithrombotic agents, long-term corticosteroid therapy, or anticancer treatments including chemotherapy, targeted therapies, and biphosphonates.

The dental surgeon must carefully tailor therapeutic decisions, relying on a detailed medical history, additional diagnostic tests when necessary, and coordination with the attending physician. The goal is to ensure a safe and appropriate treatment plan for each individual case. In 2025, patient safety in dental care for medically compromised individuals is grounded in up- to-date recommendations, prevention of complications, and effective interdisciplinary collaboration. This evolution in clinical practice reinforces the dentist's role as an autonomous, responsible, and fully integrated healthcare provider, in line with the standards of contemporary medicine.

Keywords : risk, patient at risk, management, risk factor, prevention, recommendations

