

Chirurgie orale

Pathologies cardiovasculaires

Athérome et hypertension artérielle	- Maladies cardiovasculaires = 1^{re} cause de mortalité dans le monde, 2^e en France. - Un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. - Facteurs de risque principaux de l'athérome : tabagisme, HTA, dyslipidémie et le diabète. - Facteurs protecteurs identifiés : consommation de fruits et légumes, l'activité physique et une consommation modérée d'alcool. - Prévention primaire et secondaire sont essentielles.
-------------------------------------	---

Catégorie	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	95-89
HTA stade 1	140-159	90-99
HTA stade 2	160-179	100-109
HTA stade 3	>180	>110
HTA systolique isolée	>140	< 90

Athérome et hypertension artérielle	Répercussions buccales	- Pas de répercussion directe au niveau de la cavité buccale. - Certains antihypertenseurs peuvent donner des manifestations buccales : les IEC des lésions muqueuses lichénoïdes, certains inhibiteurs calciques des hyperplasies gingivales et certains antagonistes de l'angiotensine des toxidermies muqueuses. - Répercussions sur la sécrétion salivaire avec une hyposialie, une xérostomie et parfois une dysgueusie.
	Prise en charge en chirurgie orale	- Le stress lié à l'intervention peut déclencher une crise hypertensive chez le patient hypertendu mal équilibré : • Mesure de la PA lors de la consultation préopératoire peut faire indiquer une prémédication sédatrice. • Pour éviter une hypotension orthostatique en fin de séance, relever le patient lentement, par palier. • Limitation de la dose de vasoconstricteurs parfois utilisée, mais sans preuve scientifique. Il est indispensable de privilégier une anesthésie d'intensité et de durée optimales avec vasoconstricteur plutôt que risquer une insuffisance anesthésique génératrice de douleur et de stress en cours d'intervention. • Si profil tensionnel instable, une consultation chez le médecin traitant, voire chez le cardiologue du patient. Devant des signes d'hypertension (céphalées, acouphènes, troubles de la vue, vertiges...) il est indispensable d'appeler le SAMU. • Pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires : mesures d'hémostase locales nécessaires. • Pour les patients diabétiques non équilibrés : une antibioprophylaxie est nécessaire. - Prise d'AINS ou de corticoïdes au long cours peut entraîner une baisse de l'efficacité de certains antihypertenseurs ce qui impose une surveillance tensionnelle accrue. - Prescription de macrolides ainsi que les antifongiques azolés est déconseillée chez les patients sous statines, sauf le miconazole en gel buccal : • Inhibiteurs calciques : Loxen, Isoptine, Amlor, Adalate. • Inhibiteur enzyme de conversion : Rénitec, Triatec, Coversyl. • Antagonistes angiotensine II : Cozaar, Aprovel. • Diurétiques : Esidrex. • Bêtabloquants : Cardensiel, Avlocardyl.
	Risques	- Risque hémorragique. - Risque médicamenteux : interactions médicamenteuses. - Risque anesthésique. - Risque de crise hypertensive. - Risque hypotension orthostatique.

	Anamnèse	- Durée de l'HTA. - Valeur. - Instabilité. - Traitement. - Suivi du traitement. - Modification du traitement.
	En cas d'hypotension orthostatique	- Allonger le patient. - Le redresser progressivement par palier. - Rassurer le patient et le calmer.

Syndromes coronariens aigus	Angine de poitrine (angor)	= Inadéquation entre les besoins en oxygène du myocarde et les apports par la circulation coronarienne. Diagnostiquée à la suite d'une douleur de siège rétrosternal en barre d'un pectoral à l'autre. Irradie dans les deux épaules, les avant-bras, les poignets, les maxillaires et parfois le dos. Elle est d'intensité variable, constrictive et angoissante. - Traitement : arrêt de l'effort et prise de dérivés nitrés par voie sublinguale qui agissent en quelques secondes. En traitement de fond, bêtabloquants, mais aussi les inhibiteurs calciques et les antiagrégants plaquettaires. Une implantation d'une prothèse endo-canalair (stent) et la chirurgie coronaire qui repose sur les pontages coronaires sont également possibles.	
	Infarctus du myocarde	- Il s'agit d'une nécrose myocardique d'origine ischémique.	
		Répercussions buccales	Aucune répercussion directe au niveau de la cavité buccale.
		Prise en charge en chirurgie orale	- Chez le sujet coronarien, aucun acte de chirurgie orale n'est contre-indiqué, mais la stabilité de la maladie doit être prise en compte. - Risque de récurrence d'un infarctus du myocarde est plus élevé dans les 30 jours suivant l'épisode initial. Durant ce délai, toute intervention de chirurgie orale nécessite l'avis du cardiologue traitant du patient. Il en est de même si le patient est angineux sévère (classes trois et quatre). - Stress lié à une intervention de chirurgie orale doit être réduit chez le patient angineux grâce à une prémédication sédatrice éventuelle. - Limitation de la dose de vasoconstricteur chez ce type de patients est là aussi parfois utilisée, mais sans aucune preuve scientifique. - Si syndrome coronarien aigu au cabinet dentaire, il est indispensable d'appeler le SAMU pour une prise en charge adéquate. La trinitrine comme l'adrénaline font partie des médicaments d'urgence immédiatement disponibles au cabinet. L'arrêt cardio- circulatoire ou cardio-respiratoire impose une chaîne de survie comprenant un appel au SAMU, une réanimation cardio-respiratoire précoce et une défibrillation précoce. - Patients traités par anticoagulants ou par antiagrégants plaquettaires devront bénéficier de mesures d'hémostase locale. Comme avec certains antihypertenseurs la prescription d'AINS ou de corticoïdes au long cours peut entraîner une baisse de l'efficacité des bêtabloquants : leur prescription doit être concertée avec le cardiologue traitant.

Cardiopathies valvulaires	Rétrécissement aortique	- Traitement du RA est chirurgical : remplacement valvulaire à l'aide d'une prothèse mécanique imposant alors un traitement anticoagulant à vie ou d'une prothèse biologique qui permet de ne pas avoir recours au traitement anticoagulant à vie. L'implantation transcathéter d'une valve aortique possible, mais nécessite une équipe médico-chirurgicale expérimentée.
	Endocardite infectieuse	= Infection d'une ou plusieurs valves cardiaques par un microorganisme, bactérien le plus souvent. Il y a environ 1 300 cas en France par an, mais le pronostic est sombre, avec environ 20 % de mortalité à cinq ans. Représente une pathologie du sujet âgé de plus de 65 ans. - <u>Plusieurs facteurs prédisposants</u> : • La toxicomanie intraveineuse. • Les prothèses valvulaires. • La réalisation d'acte agressif à risque de bactériémie. • L'implantation de dispositifs intra cardiaques. - 2 éléments diagnostiques essentiels d'une endocardite infectieuse sont l'hémoculture et l'électrocardiogramme.

Cardiopathies à haut risque	Cardiopathies à risque moins élevé
Prothèses valvulaires (mécanique, homogreffe, bioprothèse) Cardiopathie congénitale cyanogène Antécédent d'EI	Valvulopathie Bicuspidie aortique Cardiopathie congénitale non cyanogène sauf CIA Cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Endocardite infectieuse	Répercussions buccales	Aucune répercussion directe au niveau de la cavité buccale.
	Prise en charge en chirurgie orale	Recommandations de bonne pratique édictées par la société européenne de cardiologie en 2009, endossée et précisée en 2011 par l'ANSM, l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse est limitée aux patients à haut risque d'endocardite infectieuse. Les gestes qui sont à risque sont ceux qui déclencheraient une bactériémie postopératoire.
	Rappel des actes contre-indiqués chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse	- 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 la péri-implantite. - L'hygiène orale est très importante dans la prévention de l'endocardite infectieuse, car la plaque dentaire et les activités orales quotidiennes sont source de bactériémies répétées. - Une visite semestrielle chez un chirurgien-dentiste est recommandée chez tous les patients à haut risque d'EI. - Patients traités par anticoagulants ou par antiagrégants plaquettaires : mesures d'hémostase locale nécessaires.
	Actes bucco-dentaires invasifs (c'est-à-dire à risque de bactériémie) autorisés, mais nécessitant une antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I	- Anesthésie : • Anesthésie locale en site inflammatoire. • Anesthésie intraligamentaire et technique ostéocentrale, qui ne doivent être réalisées qu'en 2^{de} intention. - Odontologie conservatrice et endodontie : • Pose d'une digue dans un contexte de gencive inflammatoire. • Adulte : Pulpotomie sur dents permanentes matures, pulpectomie, traitement et retraitement endodontique, chirurgie endodontique sans utilisation d'une membrane de régénération osseuse. • Enfant (< 18 ans) : Pulpotomie des dents temporaires, pulpotomie des dents permanentes immatures, coiffage pulpaire des dents permanentes immatures. - Parodontologie : sondage parodontal, assainissement parodontal (détartrage et surfaçage), gingivectomie, élongation/allongement coronaire, traitement chirurgical des poches avec ou sans comblement, sans utilisation d'une membrane de régénération osseuse. - Chirurgie orale : avulsions dentaires, frénectomie, biopsie, exérèse de lésions muqueuses et lésions osseuses bénignes sans utilisation d'une membrane de régénération osseuse, dégagement orthodontique de dent incluse, techniques d'accélération de déplacement dentaire invasives (corticotomies). - Implantologie orale : mise en place d'implant(s) sans utilisation d'une membrane de régénération osseuse, mise en place de piliers implantaires de cicatrisation en cas d'implants enfouis, chirurgie pré-implantaire sans utilisation d'une membrane de régénération osseuse. - Orthodontie : mise en place et dépose de mini-vis d'ancrage/plaque d'ancrage, réduction amélaire interproximale (stripping). - Traumatologie : tous les actes thérapeutiques en lien avec la traumatologie dentaire et alvéolaire, dont la réimplantation des dents permanentes matures et immatures
	Risque	- Risque infectieux : endocardite infectieuse. - Risque hémorragique : traitements. - Risque anesthésique.

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

Troubles du rythme	= Rythmes cardiaques différents du rythme sinusal normal.	
	Répercussions buccales	Aucune répercussion buccale.
	Prise en charge en chirurgie orale	- Présence d'un stimulateur contre-indique la réalisation d'une imagerie par IRM. Mais il n'y a pas d'interférence électromagnétique entre les stimulateurs cardiaques actuels et les dispositifs ultrasoniques utilisés au fauteuil dentaire. - Aucun acte de chirurgie orale n'est contre-indiqué, mais la stabilité de la maladie est essentielle à prendre en compte et un contact avec le cardiologue traitant du patient peut s'avérer nécessaire pour en être certain. - Pas d'antibioprophylaxie recommandée chez les patients porteurs d'un stimulateur cardiaque. - Limitation de la dose de vasoconstricteur chez ce type de patients est là aussi parfois prononcée, mais sans aucune preuve scientifique. - Prescription de tramadol et d'ibuprofène est à éviter chez les patients traités par digoxine. - Patients traités par anticoagulants ou par antiagrégants plaquettaires : mesures d'hémostase locale nécessaires.
	Risques	- Risque hémorragique : traitements. - Risque anesthésique. - Risque médicamenteux : interactions. • Anti-arythmiques : Flécaïne, Cordarone. • Bêtabloquant : Avlocardyl. • Inhibiteur calcique : Isoptine, Tildiem. • Digitalique : Digoxine.
	Anamnèse	- Fréquence cardiaque. - Régularité du pouls. - Type d'arythmie.

Insuffisance cardiaque	= Contraction inadaptée et chronique du cœur qui induit une insuffisance de perfusion des organes à l'effort puis au repos.	
	Répercussions buccales	Aucune répercussion directe.
	Prise en charge en chirurgie orale	- Aucun acte de chirurgie orale n'est contre-indiqué, mais la stabilité de la maladie est essentielle à prendre en compte et un contact avec le cardiologue traitant du patient peut s'avérer nécessaire pour en être certain. - Limitation de la dose de vasoconstricteurs chez ce type de patients (là aussi parfois avancée, mais sans aucune preuve scientifique). - Les précautions médicamenteuses sont là encore fonction du traitement de la pathologie primaire. - Patients traités par anticoagulants ou par antiagrégants plaquettaires : mesures d'hémostase locale nécessaires : • Inhibiteur enzyme de conversion : Rénitec, Triatec, Coversyl. • Diurétique : Lasilix, Ludex. • Bêtabloquant : Cardensiel. • Antagoniste aldostérone : Aldactone. • Digitalique : digoxine. • Anti-arythmique : Cordarone, Sotalex.
	Risques	- Risque hémorragique. - Risque médicamenteux : interactions. - Risque anesthésique.
	Anamnèse	- État du patient. - Pression artérielle et fréquence cardiaque. - Modification récente des symptômes.