



**HAL**  
open science

# Affections Longue Durée et médecine buccodentaire : aspects pharmacologiques

Marie Sarzacq

► **To cite this version:**

Marie Sarzacq. Affections Longue Durée et médecine buccodentaire : aspects pharmacologiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932260

**HAL Id: hal-01932260**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932260>**

Submitted on 23 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ  
UNIVERSITE DE LORRAINE  
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N° 9065

**THESE**

Pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

**SARZACQ Marie**

Née le 24 Mai 1990 à Metz (57)

---

**Affections Longue Durée et médecine bucco-  
dentaire : aspects pharmacologiques**

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mars 2016

**Examineurs de la thèse :**

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. K. YASUKAWA</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Juge</u>
<u>Dr. F. CAMELOT</u>	<u>Assistant Hospitalier Univesitaire</u>	<u>Juge</u>
Dr. AS VAILLANT	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. A. FANGET	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invitée

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

<b>Sous-section 56-01</b> Odontologie pédiatrique	Mme Mme M. Mlle Mlle M.	<b><u>DROZ Dominique (Desprez)</u></b> JAGER Stéphanie PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali LAUVRAY Alice MERCIER Thomas	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante * Assistante Assistant *
<b>Sous-section 56-02</b> Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle Mlle	<b><u>FILLEUL Marie Pierryle</u></b> EGLOFF Benoît BLAISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Assistante Assistante
<b>Sous-section 56-03</b> Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<b><u>CLEMENT Céline</u></b> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences * Assistant * Assistante
<b>Sous-section 57-01</b> Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<b><u>AMBROSINI Pascal</u></b> BISSON Catherine JOSEPH David PENAUD Jacques BOLONI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante Assistante *
<b>Sous-section 57-02</b> Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique  Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle Mlle M. Mlle M.	<b><u>GUILLET-THIBAUT Julie</u></b> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère BALZARINI Charlotte DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlene MASCHINO François	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante Assistant Assistante * Assistant
<b>Sous-section 57-03</b> Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M.	<b><u>YASUKAWA Kazutoyo</u></b> MARTRETTE Jean-Marc	Maître de Conférences * Professeur des Universités *
<b>Sous-section 58-01</b> Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<b><u>MORTIER Eric</u></b> AMORY Christophe BALHAZARD Rémy ENGELS-DEUTSCH Marc BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante Assistante Assistant *
<b>Sous-section 58-02</b> Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. Mme Mme M. M. M. Mlle	<b><u>DE MARCH Pascal</u></b> SCHOUVER Jacques VAILLANT Anne-Sophie CORNE Pascale GILLET Marc HIRTZ Pierre KANNENGIESSER François SIMON Doriane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante * Assistant Assistant * Assistant Assistante
<b>Sous-section 58-03</b> Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme Mme M. M.	<b><u>STRAZIELLE Catherine</u></b> MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section \* temps plein

Mis à jour le 01.11.2015

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,  
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que  
les opinions émises dans les dissertations  
qui lui seront présentées  
doivent être considérées comme propres à  
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner  
aucune approbation ni improbation.*

**À notre président de thèse,  
Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE,**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Professeur des Universités  
Praticien Hospitalier Universitaire  
Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy  
Chef de Service du CSERD de Nancy  
Docteur en Sciences Pharmacologiques  
Habilité à diriger des Recherches  
Sous-section : Sciences biologiques.

Vous nous faites l'honneur et le plaisir de présider notre jury de thèse.  
Nous vous remercions pour vos qualités pédagogiques et humaines, que nous avons  
pu apprécier durant toutes nos années d'études.  
Soyez assuré de notre plus grande gratitude et de notre plus profond respect.

**À notre Juge et Directeur de thèse,  
Monsieur le Docteur Kazutoyo YASUKAWA,**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités  
Praticien Hospitalier Universitaire  
Sous-section : Sciences Biologiques

Vous nous avez fait l'honneur et le plaisir de diriger cette thèse.  
Nous tenions à vous exprimer notre gratitude la plus sincère pour le temps que vous  
nous avez consacré lors de la réalisation de ce travail  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre vive  
reconnaissance.

**À notre Juge et Directeur de thèse,  
Monsieur le Docteur Frédéric CAMELOT,**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalier Universitaire

Sous-section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en nous confiant ce travail.  
Soyez assuré de notre reconnaissance pour votre patience, votre disponibilité et vos  
conseils, qui nous ont permis de mener à bien ce travail.  
Veuillez recevoir notre plus grande gratitude et de notre plus profond respect.



**À notre Juge,  
Madame le Docteur Anne-Sophie VAILLANT,**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités  
Ancien interne des Hôpitaux de Nancy  
Sous-section : Prothèses

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre jury de thèse.  
Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre vive gratitude.

**À notre Juge et Amie,  
Mademoiselle le Docteur Alexia FANGET,**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Tu me fais l'honneur d'apporter ton regard critique sur cet ouvrage.  
Je suis persuadée que tu sauras me conseiller sur mon travail comme tu le fais pour  
tous les autres domaines.

Nous avons déjà partagé beaucoup de choses ensemble : les week-ends à  
Barcelone, la semaine en Guadeloupe... Et bientôt la souffrance sur le marathon de  
Paris ! Tu es toujours partante pour tout, et c'est précieux de pouvoir compter sur

quelqu'un comme toi au quotidien.

Tu es ma petite Chatoune d'Amour.

PS : A quand NYC ? Et le Népal ?

Tady, je me souviendrai toujours de ce déjeuner que nous avons pris ensemble au Petit Monde de Barnabé, quand j'étais en première année de médecine. Je venais d'avoir mes résultats du premier semestre, pas mauvais mais pas suffisants pour passer, et tu avais su trouver les mots pour me remotiver pour les quelques mois qui me restaient. Malheureusement, tu n'es pas là aujourd'hui pour me voir devenir Docteur. Cela me rend triste, mais j'espère que d'où tu es, tu es fier de ta Grosse Patate. Tu m'accompagnes à chaque course que je fais, notamment quand Dalida chante dans mes oreilles... Tu me manques.

Pépé, c'est injuste, mais tu n'auras pas eu le temps de me voir finir mes études. C'est toi qui marche, qui court, qui pédale, qui jardine, et c'est pourtant toi qui pars le premier. Nous n'aurons jamais partagé un concert de Johnny ensemble, mais lorsqu'il résonne dans mes écouteurs, c'est comme si tu courrais avec moi. Je pense à toi. La Puce.

Maman, c'est difficile d'écrire à sa mère, j'aurai tellement de choses à te dire, mais une fois devant ma feuille, c'est la page blanche. J'ai trouvé ce texte, et je crois qu'on devrait en prendre de la graine... « Aujourd'hui est le plus beau jour de notre vie, car hier n'existe plus et demain ne se lèvera peut-être jamais. Le passé nous étouffe dans les regrets et les remords, le futur nous berce d'illusions. Apprécions le soleil qui se lève, réjouissons-nous de le voir se coucher. Le bonheur est là : il est l'instant présent. » Alors, je sais, la vie ne nous a pas vraiment épargnées, mais essayons d'arrêter de ressasser avec nostalgie le passé, et ne nous stressons pas à propos du futur. Vivons aujourd'hui. On est là, on est ensemble, et c'est déjà pas mal. Notre relation m'est tellement chère, tu es à la fois ma mère, mon amie, ma confidente... Alors, je crois qu'un simple « Merci » suffira. Et je t'aime, aussi.

Jules, mon frerot d'amour, ma petite boule de muscles, je suis tellement fière de toi, si tu savais. Alors oui, je sais, je veux toujours que tu sois parfait... Mais j'y peux rien, je voudrais tellement que tu réussisses, que tu t'épanouisses dans ce que tu fais, que je te pousse à sans cesse faire mieux. Je serai toujours là pour toi mon cœur. Je t'aime. Signé : ta petite boule de suif.

Papa, nous avons connu des moments difficiles ensemble, mais je garde toujours espoir que demain soit plus joli. Je sais que je ne suis pas toujours facile avec toi, mais c'est ma façon de te montrer que je ne te laisserai pas tomber. Je t'aime au moins autant que je suis chiante. Je remercie Nadine aussi, d'être à tes côtés chaque jour ; cela m'apaise de te savoir entre de bonnes mains.

La plupart des gens n'ont qu'un seul Papa, moi j'ai eu la chance d'en avoir deux. Mon Fifi, mon step, toujours là pour me faire les courses, le ménage, pour m'emmener au Buffalo Grill, manger des sushis (et parfois même un petit Paris-Brest), pour me déménager avec une Yaris, et la liste est longue... Tu m'as donné la volonté de réussir, dans le travail, le sport, et dans la vie. Et je crois bien qu'avec cela, on peut tout obtenir. Alors, Merci. Ta Boulette qui t'aime.

Mon petit Papy, ma petite Mamie, j'ai tellement de respect pour vous, pour votre force, votre dignité et votre discrétion. Vous êtes solides comme un roc. J'espère avoir droit à vos panecours et à vos spirtz le plus longtemps possible. Je vous aime.

Mémé, Maryline, vous êtes ma troisième famille. Que de bons moments, à Belle Isle en Mer, en Polynésie...ou tout simplement autour d'une bonne table le dimanche. Promis une fois que tout cela sera terminé, je viendrai plus souvent. Vous m'êtes si chers.

Hélène, ma sœur, ma Groobs, ma blonde, mon amour... Plus de 10 ans d'amitié, et pourtant nous évoluons toujours dans la même direction. Tu es celle à qui je peux tout dire sans craindre d'être jugée, celle qui peut tout comprendre, qui est là quand ça ne va pas, et qui sera éternellement de mon côté. Les colos musicales, les vacances à Saint Jean de Luz, notre semaine à Lanzarote, ton enterrement de vie de jeune fille, ton mariage... tant de moments que j'aime me remémorer, qui me font sourire à chaque fois. Nous deux c'est pour la vie.

Bast, merci pour toute cette patience dont tu sais faire preuve avec moi, surtout dans les dernières semaines de ce travail... Tu as réussi à m'apaiser pendant tous mes moments de stress et de doutes. T'avoir à mes côtés était très précieux. J.

Béa (Fat), tu as adouci mes années lycée, puis tu m'as portée pendant cette P1... Je n'oublierai pas ces moments de franche rigolade, et les photos que je garde de cette époque sont là pour me les rappeler. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est un peu grâce à toi... Je te souhaite de t'épanouir pleinement dans la spécialité que tu as choisie.  
SKGSRF <3

Une pensée aussi pour Pauline (Carlos), parce qu'on formait quand même un trio de vainqueurs avec nos matins intelligence...!

Ma coach Léouch, ma Roquiche, merci d'être toujours là, à m'encourager, à m'aider à me surpasser, à me sentir mieux dans ma peau. Grâce à toi j'ai découvert le sport, et cela me permet de me dépasser chaque fois un peu plus. Tu es une coach en or, et ta détermination à nous entraîner chaque semaine est admirable. Jte kiff bb <3

Cha, partager ces moments sportifs avec toi est un de mes moteurs. Je ne raterai pour rien au monde nos rendez-vous hebdomadaires du dimanche matin... ni ceux du vendredi soir d'ailleurs !!!! Tu fais toujours preuve de spontanéité et d'honnêteté, et ce sont ces qualités que j'apprécie chez toi. Hâte de partir au soleil avec toi, ça va être de la bombe !!!

Ma Floflo d'amour, ma coloc par intermittence, ma minipouce ! Ton énergie, ton franc-parler, ton tempérament de feu, j'adore tout ! Ton agenda de ministre ne nous permet pas de nous voir autant que je le souhaite, mais chacune de tes visites me met en joie. Reste comme tu es <3

Ma Schickmol, Miss Cookies, ma copine de galère... Combien d'heures à réviser ensemble pour le CSCT ? Combien de thés partagés pendant l'écriture de nos thèses ? Combien de nuits blanches chez toi, à revoir ensemble les derniers cours qui pouvaient tomber aux exams du lendemain... Heureusement que tu as été là pendant tous ces moments, parce qu'au fond, on s'est quand même bien marré. Tu es une très belle personne, toujours prête à rendre service, avec une oreille attentive quand il le faut. Love you sweetie !

Mes tatas, mes couz, Nathan, j'aime ces moments simples de partage au café. Merci pour votre soutien. Je vous aime.

David, Anna, Pierre & Lise, vous avez rendu toutes ces heures de cours et de travaux pratiques plus drôles, et je me souviendrai longtemps de nos soirées (notamment la garden de p2...) ! J'espère que nos activités nous permettront tout de même de nous retrouver de temps en temps autour d'un verre... ou deux !

A l'équipe féminine du cabinet, merci pour l'expérience que vous m'apportez chaque jour. Travailler avec vous est une chance. Nous formons une équipe soudée, et je mesure à quel point cela est précieux dans le travail. Une pensée particulière pour Catherine, qui a même eu le courage de venir m'encourager sur le semi marathon, un dimanche matin... Cela m'a beaucoup touché.

# Table des matières

Table des matières.....	1
Liste des figures.....	8
Liste des tableaux.....	10
Introduction.....	15
<b>1. La prescription en médecine bucco-dentaire.....</b>	<b>16</b>
1.1. Rappel cadre légal.....	16
1.2. Rappel de pharmacologie.....	18
1.2.1. Pharmacocinétique.....	18
1.2.1.1. Absorption ou résorption.....	18
1.2.1.2. Distribution ou diffusion.....	19
1.2.1.3. Métabolisme ou biotransformation.....	20
1.2.1.4. Élimination.....	21
1.2.2. Pharmacodynamique.....	21
1.2.3. Interactions médicamenteuses.....	22
1.3. Liste des principaux médicaments utilisés en médecine bucco-dentaire.....	24
1.3.1. Médicaments à action systémique.....	24
1.3.1.1. Antalgiques.....	24
1.3.1.2. Anti-inflammatoires stéroïdiens.....	35
1.3.1.3. Antibiotiques.....	38
1.3.1.4. Antifongiques.....	46
1.3.1.5. Antiviraux.....	52
1.3.1.6. Correcteurs des hyposialies.....	53
1.3.1.7. Prémédications.....	55
1.3.2. Anesthésiques locaux.....	63
<b>2. Médicaments prescrits lors des affections longues durées.....</b>	<b>68</b>
2.1. Qu'est-ce qu'une Affection Longue Durée (ALD) ?.....	68
2.1. ALD 1 : Accident vasculaire cérébral.....	70
2.1.1. Généralités.....	70
2.1.2. Traitements pharmacologiques.....	71
2.2.3. Risque hémorragique.....	74
2.2.4. Risque anesthésique.....	74
2.2.5. Risque infectieux.....	74
2.2.6. Autres risques.....	74
2.2.7. Interactions médicamenteuses.....	75

2.2.	ALD 2 : Syndromes myélodysplasiques.....	78
2.3.1.	Généralités.....	78
2.3.2.	Traitements pharmacologiques .....	79
2.3.3.	Risque hémorragique.....	79
2.3.4.	Risque anesthésique.....	79
2.3.5.	Risque infectieux.....	80
2.3.6.	Interactions médicamenteuses .....	80
2.3.	ALD 3 : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) .....	81
2.3.1.	Généralités.....	81
2.3.2.	Traitements pharmacologiques.....	82
2.3.3.	Risque hémorragique .....	83
2.3.4.	Risque anesthésique .....	83
2.3.5.	Risque infectieux.....	83
2.3.6.	Autres risques.....	84
2.3.7.	Interactions médicamenteuses .....	84
2.4.	ALD 4 : Bilharziose (schistosomose) compliquée .....	85
2.4.1.	Généralités.....	85
2.4.2.	Traitements pharmacologiques.....	86
2.4.3.	Risque hémorragique .....	87
2.4.4.	Risque anesthésique .....	87
2.4.5.	Risque infectieux.....	87
2.4.6.	Autres risques.....	87
2.4.7.	Interactions médicamenteuses .....	88
2.5.	ALD 5 : Fibrillation auriculaire & troubles du rythme ventriculaire graves.....	89
2.5.1.	Généralités.....	89
2.5.2.	Traitements pharmacologiques.....	90
2.5.3.	Risque hémorragique .....	91
2.5.4.	Risque anesthésique .....	91
2.5.5.	Risque infectieux.....	91
2.5.6.	Autres risques.....	92
2.5.7.	Interactions médicamenteuses .....	92
2.6.	ALD 5 : Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP) et insuffisance cardiaque systolique (ICS) .....	95
2.6.1.	Généralités.....	95
2.6.2.	Traitements pharmacologiques.....	96
2.6.3.	Risque hémorragique .....	97
2.6.4.	Risque anesthésique .....	97
2.6.5.	Risque infectieux.....	97
2.6.6.	Autres risques.....	98
2.6.7.	Interactions médicamenteuses .....	98



2.7.	ALD 5 : Cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte .....	101
2.7.1.	Généralités .....	101
2.7.2.	Traitements pharmacologiques.....	102
2.7.3.	Risque hémorragique .....	103
2.7.4.	Risque anesthésique .....	103
2.7.5.	Risque infectieux.....	103
2.7.6.	Autres risques.....	103
2.7.7.	Interactions médicamenteuses .....	104
2.8.	ALD 6 : Cirrhoses alcooliques.....	105
2.8.1.	Généralités .....	105
2.8.2.	Traitements pharmacologiques.....	106
2.8.3.	Risque hémorragique .....	107
2.8.4.	Risque anesthésique .....	107
2.8.5.	Risque infectieux.....	107
2.8.6.	Autres risques.....	107
2.8.7.	Interactions médicamenteuses .....	108
2.9.	ALD 6 : Hépatite B & C chroniques .....	109
2.9.1.	Généralités .....	109
2.9.2.	Traitements pharmacologiques.....	110
2.9.3.	Risque hémorragique .....	110
2.9.4.	Risque anesthésique .....	110
2.9.5.	Risque infectieux.....	111
2.9.6.	Autres risques.....	111
2.9.7.	Interactions médicamenteuses .....	111
2.10.	ALD 7 : Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	113
2.10.1.	Généralités .....	113
2.10.2.	Traitements pharmacologiques.....	114
2.10.3.	Risque hémorragique .....	118
2.10.4.	Risque anesthésique .....	119
2.10.5.	Risque infectieux.....	119
2.10.6.	Autres risques.....	119
2.10.7.	Interactions médicamenteuses.....	120
2.11.	ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2.....	123
2.11.1.	Généralités .....	123
2.11.2.	Traitements pharmacologiques.....	124
2.11.3.	Risque hémorragique .....	125
2.11.4.	Risque anesthésique .....	125
2.11.5.	Risque infectieux.....	125
2.11.6.	Autres risques.....	125
2.11.7.	Interactions médicamenteuses.....	126

2.12.	ALD 9 : Epilepsies graves.....	127
2.12.1.	Généralités .....	127
2.12.2.	Traitements pharmacologiques .....	128
2.12.3.	Risques hémorragique, anesthésique et infectieux.....	128
2.12.4.	Autres risques.....	129
2.12.5.	Interactions médicamenteuses.....	129
2.13.	ALD 13 : Maladie coronarienne stable .....	132
2.13.1.	Généralités .....	132
2.13.2.	Traitements pharmacologiques .....	133
2.13.3.	Risque hémorragique .....	134
2.13.4.	Risque anesthésique .....	134
2.13.5.	Risque infectieux.....	134
2.13.6.	Autres risques.....	135
2.13.7.	Interactions médicamenteuses.....	135
2.14.	ALD 14 : Insuffisances respiratoires chroniques graves .....	136
2.14.1.	Généralités .....	136
2.14.2.	Traitements pharmacologiques.....	138
2.14.3.	Risque hémorragique .....	139
2.14.4.	Risque anesthésique .....	139
2.14.5.	Risque infectieux.....	139
2.14.6.	Autres risques.....	139
2.14.7.	Interactions médicamenteuses.....	140
2.15.	ALD 15 : Maladie d'Alzheimer .....	142
2.15.1.	Généralités .....	142
2.15.2.	Traitements pharmacologiques.....	143
2.15.3.	Risque hémorragique .....	144
2.15.4.	Risque anesthésique .....	144
2.15.5.	Risque infectieux.....	144
2.15.6.	Interactions médicamenteuses.....	144
2.16.	ALD 16 : Maladie de Parkinson .....	146
2.16.1.	Généralités .....	146
2.16.2.	Traitements pharmacologiques.....	147
2.16.3.	Risque hémorragique .....	150
2.16.4.	Risque anesthésique .....	150
2.16.5.	Risque infectieux.....	150
2.16.6.	Autres risques.....	150
2.16.7.	Interactions médicamenteuses.....	151

2.17.	ALD 17 : Hémochromatose liée au gène HFE (type 1) .....	153
2.17.1.	Généralités .....	153
2.17.2.	Traitements pharmacologiques .....	154
2.17.3.	Risques hémorragique, anesthésique et infectieux.....	154
2.17.4.	Interaction médicamenteuse.....	154
2.18.	ALD 19 : Néphropathie chronique grave.....	155
2.18.1.	Généralités .....	155
2.18.2.	Traitements pharmacologiques .....	156
2.18.3.	Risque hémorragique .....	157
2.18.4.	Risque anesthésique .....	157
2.18.5.	Risque infectieux.....	158
2.18.6.	Autres risques.....	158
2.18.7.	Interactions médicamenteuses.....	158
2.19.	ALD 20 : Paraplégie.....	160
2.19.1.	Généralités .....	160
2.19.2.	Traitements pharmacologiques .....	161
2.19.3.	Risque hémorragique .....	164
2.19.4.	Risque anesthésique .....	164
2.19.5.	Risque infectieux.....	164
2.19.6.	Interactions médicamenteuses.....	165
2.20.	ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.....	167
2.20.1.	Généralités .....	167
2.20.2.	Traitements pharmacologiques .....	168
2.20.3.	Risques hémorragique et anesthésique .....	170
2.20.4.	Risque infectieux.....	170
2.20.5.	Interactions médicamenteuses.....	170
2.21.	ALD 23 : Schizophrénies.....	172
2.21.1.	Généralités .....	172
2.21.2.	Traitements pharmacologiques .....	173
2.21.3.	Risque hémorragique .....	174
2.21.4.	Risque anesthésique .....	174
2.21.5.	Risque infectieux.....	175
2.21.6.	Autres risques.....	175
2.21.7.	Interactions médicamenteuses.....	175

2.22.	ALD 23 : Troubles anxieux graves .....	178
2.22.1.	Généralités .....	178
2.22.2.	Traitements pharmacologiques .....	179
2.22.3.	Risque hémorragique .....	180
2.22.4.	Risque anesthésique .....	180
2.22.5.	Risque infectieux.....	180
2.22.6.	Autres risques.....	180
2.22.7.	Interactions médicamenteuses.....	181
2.23.	ALD 23 : Troubles bipolaires.....	182
2.23.1.	Généralités .....	182
2.23.2.	Traitements pharmacologiques .....	183
2.23.3.	Risque hémorragique .....	184
2.23.4.	Risque anesthésique .....	184
2.23.5.	Risque infectieux.....	184
2.23.6.	Autres risques.....	184
2.23.7.	Interactions médicamenteuses.....	185
2.24.	ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte .....	186
2.24.1.	Généralités .....	186
2.24.2.	Traitements pharmacologiques .....	187
2.24.3.	Risque hémorragique .....	188
2.24.4.	Risque anesthésique .....	188
2.24.5.	Risque infectieux.....	188
2.24.6.	Autres risques.....	188
2.24.7.	Interactions médicamenteuses.....	189
2.25.	ALD 24 : Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI).....	192
2.25.1.	Généralités .....	192
2.25.2.	Traitements pharmacologiques .....	193
2.25.3.	Risques hémorragique et anesthésique .....	194
2.25.4.	Risque infectieux.....	194
2.25.5.	Interactions médicamenteuses.....	195
2.26.	ALD 25 : Sclérose en plaques (SEP).....	197
2.26.1.	Généralités .....	197
2.26.2.	Traitements pharmacologiques .....	199
2.26.3.	Risques hémorragique et anesthésique .....	200
2.26.4.	Risque infectieux.....	200
2.26.5.	Interactions médicamenteuses.....	201

2.27.	ALD 26 : Scoliose idiopathique structurale évolutive .....	202
2.27.1.	Généralités .....	202
2.27.2.	Traitements pharmacologiques .....	203
2.27.3.	Risques hémorragique, anesthésique et infectieux.....	204
2.27.4.	Interactions médicamenteuses.....	204
2.28.	ALD 27 : Spondyloarthrite grave .....	205
2.28.1.	Généralités .....	205
2.28.2.	Traitements pharmacologiques .....	207
2.28.3.	Risques hémorragique et anesthésique .....	208
2.28.4.	Risque infectieux.....	208
2.28.5.	Interactions médicamenteuses.....	208
2.29.	ALD 28 : Suite de transplantation rénale de l'adulte .....	210
2.29.1.	Généralités .....	210
2.29.2.	Traitements pharmacologiques .....	211
2.29.3.	Risque hémorragique .....	212
2.29.4.	Risque anesthésique .....	212
2.29.5.	Risque infectieux.....	213
2.29.6.	Autres risques.....	213
2.29.7.	Interactions médicamenteuses.....	213
2.30.	ALD 29 : Tuberculose .....	216
2.30.1.	Généralités .....	216
2.30.2.	Traitements pharmacologiques .....	217
2.30.3.	Risques hémorragique et anesthésique .....	217
2.30.4.	Risque infectieux.....	218
2.30.5.	Autres risques.....	218
2.30.6.	Interactions médicamenteuses.....	219
	Conclusion .....	220
	Annexe 1 : Prise en charge du risque hémorragique .....	222
	Annexe 2 : Prise en charge du risque infectieux.....	231
	Index des médicaments.....	237
	Bibliographie .....	243

# Liste des figures

FIGURE 1 : GRAPHIQUE DEFINISSANT LA MARGE THERAPEUTIQUE D'UN MEDICAMENT (LIEGARD ET COLL., 2014) .....	22
FIGURE 2 : REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE EN FRANCE (WWW.AMELI.FR, 2016) .....	68
FIGURE 3 : REPARTITION DES AVC (HAMON ET MARC, 2010).....	70
FIGURE 4 : ARTERIOPATHIE OBSTRUCTIVE MEMBRE INFERIEUR GAUCHE (SOCIETE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE DE LANGUE FRANÇAISE, 2016).....	81
FIGURE 5 : RADIOGRAPHIE DE BASSIN MONTRANT UNE CALCIFICATION DE LA PAROI VESICALE DUE A UNE SCHISTOSOMIASE URINAIRE (WWW.WIKIPEDIA.FR, 2012).....	85
FIGURE 6 : DESCRIPTION DU TISSU NODAL CARDIAQUE PERMETTANT LA SYNCHRONISATION DE LA CONTRACTION DES DIFFERENTES CAVITES DU COEUR (INSTITUT MEDITERRANEEN COEUR ET VAISSEAUX) .....	89
FIGURE 7 : SCHEMA EN COUPE DU COEUR HUMAIN (WWW.E-CARDIOLOGIE.COM, 2008) .....	101
FIGURE 8 : SCANNER MONTRANT UNE HEPATOMEGALIE SUR UN FOIE CIRRHOTIQUE (WWW.WIKIPEDIA.FR, 2006).....	105
FIGURE 9 : EVOLUTION DE L'INFECTION A VIH (WWW.SERONET.INFO, 2015).....	114
FIGURE 10 : PHOTOMICROGRAPHIE D'UNE SECTION D'ARTERE CORONAIRE (COLORATION DE MASSON) : ATHEROSCLEROSE ET RETRECISSEMENT MARQUE DE LA LUMIERE VASCULAIRE (WWW.WIKIPEDIA.FR, 2009) .....	132
FIGURE 11 : MECANISMES DE L'OBSTRUCTION BRONCHIQUE EN CAS DE BPCO ET D'ASTHME (WWW.JIM.FR) .....	137
FIGURE 12 : LESIONS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER : DEGENERESCENCES NEUROFIBRILLAIRES A L'INTERIEUR DES NEURONES ET PLAQUES SENILES ENTRE LES CELLULES (WWW.NEUR-ONE.FR, 2015) .....	142
FIGURE 13 : EFFET DE LA DOPAMINE DANS LA MALADIE DE PARKINSON (WWW.INSERM.FR, 2015).....	146
FIGURE 14 : FONCTIONS AFFECTEES SELON LE NIVEAU NEUROLOGIQUE DE L'ATTEINTE DE LA MOELLE EPINIERE (LALLEMAND, 2007) .....	160
FIGURE 15 : ETAPES DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (WWW.PHYSIOTHERAPIEPOURTOUS.COM).....	167
FIGURE 16 : IMAGES ENDOSCOPIQUES DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES (MENNECIER, 2013) .....	192
FIGURE 17 : DEMYELINISATION DES AXONES ET RALENTISSEMENT DE L'INFLUX NERVEUX DANS LA SCLEROSE EN PLAQUES (DAMOTTE, 2014) .....	197
FIGURE 18 : TACHES BLANCHES VISIBLES A L'IRM AU NIVEAU DE L'ENCEPHALE DANS LA SCLEROSE EN PLAQUES (WWW.ATLA-IMAGERIE.FR, 2016).....	197
FIGURE 19 : TACHES BLANCHES VISIBLES A L'IRM AU NIVEAU DE LA MOELLE EPINIERE DANS LA SCLEROSE EN PLAQUES (WWW.ATLAS-IMAGERIE.FR, 2016).....	198
FIGURE 20 : COMPARAISON ENTRE UNE PATIENTE ATTEINTE DE SCOLIOSE (VISUALISATION D'UNE GIBBOSITE) ET UNE PATIENTE SAINTE (DE MAUROY, 2012).....	202
FIGURE 21 : RADIOGRAPHIES PRE ET POST-OPERATOIRES D'UNE SCOLIOSE THORACIQUE DROITE TRES SEVERE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 17 ANS (CENTRE AQUITAIN DU DOS) .....	202
FIGURE 22 : EVOLUTION DE LA SPONDYLOARTHRITE ANKYLOSANTE (WWW.ARTHROLINK.COM, 2016) .....	205
FIGURE 23 : RADIOGRAPHIE DE LA CHARNIERE DORSO-LOMBAIRE D'UN PATIENT SOUFFRANT DE SPONDYLOARTHRITE, DE PROFIL (BOURGEOIS ET ZINC, 2016).....	206
FIGURE 24 : SITUATION INITIALE CHEZ LE PATIENT RECEVEUR / IMPLANTATION DU NOUVEAU REIN / REIN GREFFE (CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES, 2014) .....	210

FIGURE 25 : RADIOGRAPHIE THORACIQUE D'UN PATIENT ATTEINT D'UNE TUBERCULOSE (LES TRIANGLES BLANCS SOULIGNENT LA PRESENCE DE MICRONODULES ET LES FLECHES NOIRES METTENT EN EVIDENCE UN CAVERNE TUBERCULEUX) (WWW.WIKIPEDIA.FR, 2016) ..... 216

## Liste des tableaux

TABLEAU 1 : POSOLOGIE DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	26
TABLEAU 2 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES ANSM, 2015) .....	27
TABLEAU 3 : CONTRE INDICATIONS DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES THERIAQUE, 2011).....	28
TABLEAU 4 : SPECIALITES DE CODEINE / PARACETAMOL DISPONIBLES EN FRANCE CHEZ L'ADULTE (CASAMAJOR ET DESCROIX, 2009) .....	30
TABLEAU 5 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA CODEINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	31
TABLEAU 6 : DOSAGES DU TRAMADOL SEUL ET DU TRAMADOL ASSOCIE AU PARACETAMOL DISPONIBLES EN FRANCE CHEZ L'ADULTE (CASAMAJOR ET DESCROIX, 2009) .....	32
TABLEAU 7 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU TRAMADOL (D'APRES ANSM, 2015).....	33
TABLEAU 8 : POSOLOGIE DES ANTI-INFLAMMATOIRES STEROÏDIENS AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES CASAMAJOR ET DESCROIX, 2009) .....	36
TABLEAU 9 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DES ANTI-INFLAMMATOIRES STEROÏDIENS AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES ANSM, 2015) .....	36
TABLEAU 10 : POSOLOGIE DES ANTIBIOTIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	39
TABLEAU 11 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE L'AMOXICILLINE (D'APRES ANSM, 2015).....	40
TABLEAU 12 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA DOXYCYCLINE (D'APRES ANSM, 2015).....	40
TABLEAU 13 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA SPIRAMYCINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	40
TABLEAU 14 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA CLARITHROMYCINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	42
TABLEAU 15 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA JOSAMYCINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	43
TABLEAU 16 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA CLINDAMYCINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	43
TABLEAU 17 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA PRISTINAMYCINE (D'APRES ANSM, 2015).....	43
TABLEAU 18 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU METRONIDAZOLE (D'APRES ANSM, 2015).....	43
TABLEAU 19 : CONTRE INDICATIONS DES ANTIBIOTIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	44
TABLEAU 20 : POSOLOGIE DES ANTIFONGIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015).....	47
TABLEAU 21 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU FLUCONAZOLE (D'APRES ANSM, 2015).....	48
TABLEAU 22 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU L'ITRACONAZOLE (D'APRES ANSM, 2015).....	50
TABLEAU 23 : CONTRE INDICATIONS DES ANTIFONGIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES ANSM, 2015) .....	50
TABLEAU 24 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA PILOCARPINE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	54
TABLEAU 25 : POSOLOGIE DES ANTIEMETIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015).....	55
TABLEAU 26 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE L'ALIZAPRIDE, DU METOCLOPRAMIDE ET DU METOPIMAZINE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	56
TABLEAU 27 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU DOMPERIDONE (D'APRES ANSM, 2015).....	56
TABLEAU 28 : CONTRE INDICATIONS DES ANTIEMETIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	57



TABLEAU 29 : POSOLOGIE DES ANXIOLYTIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015) .....	59
TABLEAU 30 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE L'ALPRAZOLAM, DU LORAZEPAM ET DE L'OXAZEPAM (D'APRES ANSM, 2015) .....	60
TABLEAU 31 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DU DIAZEPAM (D'APRES ANSM, 2015) .....	60
TABLEAU 32 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE L'HYDROXYZINE D'APRES ANSM, 2015) .....	61
TABLEAU 33 : CONTRE INDICATIONS DES ANXIOLYTIQUES AYANT UNE INDICATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES ANSM, 2015) .....	61
TABLEAU 34 : POSOLOGIE DES ANESTHESIQUES LOCAUX UTILISES EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015).....	64
TABLEAU 35 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA LIDOCAÏNE (D'APRES ANSM, 2015) .....	65
TABLEAU 36 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE L'ADRENALINE (D'APRES ANSM, 2015) .....	65
TABLEAU 37 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES DE LA NORADRENALINE (D'APRES ANSM, 2015).....	66
TABLEAU 38 : CONTRE INDICATIONS DES ANESTHESIQUES LOCAUX ET DES VASOCONSTRICTEURS UTILISES EN INFILTRATION EN ODONTOLOGIE (D'APRES VIDAL.FR, 2015).....	66
TABLEAU 39 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (D'APRES LA HAS, 2012) .....	73
TABLEAU 40 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE L'AVC ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015) .....	77
TABLEAU 41 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES SYNDROMES MYELOYDPLASMIQUES (D'APRES LA HAS, 2013) .....	79
TABLEAU 42 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES SYNDROMES MYELOYDPLASMIQUES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	80
TABLEAU 43 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'AOMI (D'APRES LA HAS, 2014).....	83
TABLEAU 44 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE L'AOMI ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	84
TABLEAU 45 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA BILHARZIOSE COMPLIQUEE (D'APRES LA HAS, 2013) .....	86
TABLEAU 46 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA BILHARZIOSE COMPLIQUEE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	88
TABLEAU 47 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE ET DES TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRE GRAVES (D'APRES LA HAS, 2014) .....	91
TABLEAU 48 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE ET DES TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRES GRAVES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	94
TABLEAU 49 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (D'APRES LA HAS, 2012) .....	97
TABLEAU 50 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	100
TABLEAU 51 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES VALVULAIRES ET CONGENITALES GRAVES CHEZ L'ADULTE (D'APRES LA HAS, 2012) .....	102

TABLEAU 52 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES VALVULAIRES ET CONGENITALES GRAVES CHEZ L'ADULTE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	104
TABLEAU 53 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES CIRRHOSSES ALCOOLIQUES (D'APRES LA HAS, 2014) .....	106
TABLEAU 54 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES CIRRHOSSES ALCOOLIQUES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	108
TABLEAU 55 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES HEPATITES B ET C CHRONIQUES (D'APRES LA HAS, 2013).....	110
TABLEAU 56 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES HEPATITES B ET C CHRONIQUES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRES (D'APRES ANSM, 2015).....	111
TABLEAU 57 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (D'APRES LA HAS, 2011) .....	118
TABLEAU 58 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DU VIH ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	122
TABLEAU 59 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DU DIABETE (D'APRES LA HAS, 2014).....	124
TABLEAU 60 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DU DIABETE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	126
TABLEAU 61 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES EPILEPSIES GRAVES (D'APRES LA HAS, 2014).....	128
TABLEAU 62 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES EPILEPSIES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	130
TABLEAU 63 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE CORONARIENNE STABLE (D'APRES LA HAS, 2014) .....	134
TABLEAU 64 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE CORONARIENNE STABLE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	135
TABLEAU 65 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (D'APRES LA HAS, 2014) .....	138
TABLEAU 66 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	141
TABLEAU 67 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER (D'APRES LA HAS, 2012) .....	143
TABLEAU 68 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015) .....	144
TABLEAU 69 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PARKINSON (D'APRES LA HAS, 2014) .....	149

TABLEAU 70 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PARKINSON ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	152
TABLEAU 71 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE L'HEMOCHROMATOSE (D'APRES LA HAS, 2012) .....	154
TABLEAU 72 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA NEPHROPATHIE CHRONIQUE GRAVE (D'APRES LA HAS, 2013).....	157
TABLEAU 73 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES NEPHROPATHIES ET LES MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015) .....	158
TABLEAU 74 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA PARAPLEGIE (D'APRES LA HAS, 2014).....	163
TABLEAU 75 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA PARAPLEGIE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	166
TABLEAU 76 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE EVOLUTIVE GRAVE (D'APRES LA HAS, 2014) .....	169
TABLEAU 77 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE GRAVE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	171
TABLEAU 78 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES SCHIZOPHRENIES (D'APRES LA HAS, 2012).....	174
TABLEAU 79 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES SCHIZOPHRENIES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	177
TABLEAU 80 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX GRAVES (D'APRES LA HAS, 2013) .....	179
TABLEAU 81 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX GRAVES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	181
TABLEAU 82 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES BIPOLAIRES (D'APRES LA HAS, 2014)...	183
TABLEAU 83 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES BIPOLAIRES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	185
TABLEAU 84 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENTS OU PERSISTANTS CHEZ L'ADULTE (D'APRES LA HAS, 2012) .....	187
TABLEAU 85 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENTS OU PERSISTANTS CHEZ L'ADULTE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	190
TABLEAU 86 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN (D'APRES LA HAS, 2014).....	194
TABLEAU 87 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	196
TABLEAU 88 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA SCLEROSE EN PLAQUES (D'APRES LA HAS, 2014).....	200

TABLEAU 89 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA SCLEROSE EN PLAQUES ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	201
TABLEAU 90 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE IDIOPATHIQUE STRUCTURALE EVOLUTIVE (D'APRES LA HAS, 2012) .....	203
TABLEAU 91 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE IDIOPATHIQUE STRUCTURALE EVOLUTIVE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015).....	204
TABLEAU 92 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA SPONDYLOARTHRITE GRAVE (D'APRES LA HAS, 2014) .....	208
TABLEAU 93 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA SPONDYLOARTHRITE GRAVE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES ANSM, 2015).....	208
TABLEAU 94 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LA SUITE DE TRANSPLANTATION RENALE (D'APRES LA HAS, 2012).....	212
TABLEAU 95 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LA SUITE DE TRANSPLANTATION RENALE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 201).....	215
TABLEAU 96 : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE (D'APRES LA HAS, 2012).....	217
TABLEAU 97 : INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE LES MOLECULES PRESCRITES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS PRESCRITS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE (D'APRES L'ANSM, 2015) .....	219

# Introduction

À travers la locution latine d'Hippocrate, « *primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire), nos études médicales nous mettent en garde devant la iatrogénie potentielle de tout acte ou prescription.

Nous sommes de nos jours confrontés à un vieillissement progressif de la population, entraînant souvent un état polyopathologique. Les progrès permanents de la science amènent un éventail de traitements toujours plus large. Cet élargissement de la pharmacopée permet de nouveaux usages pour d'anciennes molécules, le traitement plus précoce de certaines maladies et l'apparition de médicaments de prévention chez les individus en bonne santé.

C'est pourquoi, il nous a semblé nécessaire de travailler sur les risques potentiels auxquels nous pouvons être confrontés dans notre exercice. Ces complications peuvent être engendrées à la fois par l'état pathologique du patient et par les médicaments consommés.

Dans une première partie, nous rappellerons les différentes classes de médicaments prescrits en chirurgie dentaire, ainsi que leurs interactions médicamenteuses chez l'adulte.

Puis, nous baserons nos recherches sur les Affections Longue Durée (ALD), pathologies chroniques dont les traitements sont évoqués dans des guides pratiques mis en place par la Haute Autorité de Santé.

Enfin, nous mettrons en relation les prescriptions de médecine bucco-dentaire avec les pathologies et traitements des patients, afin d'établir un guide, utile à la fois dans la pratique de nos gestes et lors de l'établissement de nos prescriptions médicamenteuses.

# 1. La prescription en médecine bucco-dentaire

## 1.1. Rappel cadre légal

La rédaction d'une prescription médicamenteuse engage la responsabilité morale, professionnelle et juridique du professionnel de santé qui la signe.

La prescription médicamenteuse est régie par trois codes : le Code de Déontologie, le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.

Tout chirurgien-dentiste inscrit à un tableau de l'Ordre départemental acquiert un droit de prescription dont les limites sont fixées par les articles R. 4127-204 et R. 4127-238 du Code de Santé Publique (2004).

### *Article R4127-204*

Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit.

Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose.

### *Article R4127-238*

Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.

C'est ainsi que ce droit de prescription vaut uniquement pour les médicaments relevant de la pratique de l'art dentaire définie à l'article L. 4141-1 du Code de Santé Publique.

### *Article L4141-1*

La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le Code de Déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1.

Une ordonnance doit être formulée quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible et doit être conforme à la réglementation en vigueur (Assurance Maladie, 2012).

Une prescription médicamenteuse comporte (Vidal, 2015):

- L'identification complète du chirurgien-dentiste (nom, qualification, n° d'identification, adresse)
- Le nom, prénom et date de naissance du patient (éventuellement son âge, son sexe, son poids)
- La date de rédaction de l'ordonnance
- La dénomination commune internationale du principe actif (DCI)
- Le dosage et la forme galénique
- La posologie et le mode d'emploi
- La durée du traitement
- Le nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire
- La mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables
- La signature du chirurgien-dentiste.

La prescription se fait sur une **ordonnance** établie en double exemplaire ; l'original est destiné au patient et le duplicata à sa caisse d'Assurance Maladie.

Les « **ordonnances bizonnes** » concernent les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) ; la partie haute de l'ordonnance est réservée aux médicaments en rapport avec l'affection de longue durée exonérante, prise en charge à 100 % ; la partie basse est utilisée pour les autres médicaments avec une prise en charge aux conditions classiques.

Les « **ordonnances sécurisées** » sont utilisées pour les prescriptions de stupéfiants et produits apparentés.

## 1.2. Rappel de pharmacologie

### 1.2.1. Pharmacocinétique

La pharmacocinétique a pour but d'étudier le devenir d'un médicament dans l'organisme, ou encore l'influence de l'organisme sur le médicament. Elle repose sur l'étude de la variation de la concentration plasmatique du médicament. Elle permet d'adapter la posologie afin d'obtenir les concentrations plasmatiques d'un médicament entraînant l'effet optimum, c'est-à-dire la meilleure efficacité avec le minimum d'effets indésirables (Hardman et coll., 1998).

On peut distinguer 4 étapes dans la pharmacocinétique d'un médicament (Laffont, 2011) : son **absorption**, sa **diffusion** dans l'organisme (distribution), son **métabolisme** et son **élimination** de l'organisme.

La pharmacocinétique d'un médicament varie en fonction des facteurs **physiologiques** (âge, grossesse), **pathologiques** (insuffisance hépatique, rénale, troubles cardiaques) et **thérapeutiques** (interactions médicamenteuses) du patient.

#### 1.2.1.1. Absorption ou résorption

L'absorption est le processus par lequel le médicament passe de son site d'administration à la circulation générale (Talbert et coll., 2011).

La qualité de l'absorption est caractérisée par :

- la **cinétique d'absorption** : elle correspond à la vitesse de passage du médicament du site d'administration à la circulation générale.
- la **biodisponibilité** : elle correspond à la proportion du médicament administré qui atteint la circulation générale.



Plusieurs facteurs influencent ces variables :

- les facteurs liés au médicament :
  - hydrosolubilité / liposolubilité
  - taille de la molécule
  - forme galénique (gouttes, comprimés, gélules, poudre)
  - voie d'administration (orale, intraveineuse, sublinguale, rectale, sous-cutanée, intramusculaire, oculaire, inhalée)
  
- les facteurs liés au patient
  - pH digestif
  - vitesse de vidange gastrique et la mobilité intestinale
  - âge
  - activité physique
  - pathologies associées : digestives, cardiaques
  
- les facteurs exogènes
  - environnement (alimentation, tabagisme)
  - prise associée d'autres médicaments (interactions médicamenteuses).

#### 1.2.1.2. Distribution ou diffusion

La distribution est la répartition du produit administré du secteur vasculaire vers les tissus de l'organisme, dont le tissu cible (Sater, 2001).

Une fois absorbé, le principe actif peut se présenter dans la circulation générale sous plusieurs formes :

- une **forme libre**, active, qui pourra passer les membranes biologiques et exercer ultérieurement un effet pharmacodynamique.
- une **forme liée aux protéines plasmatiques** (forme de réserve), inactive et non diffusible. C'est une réserve de principe actif qui sera progressivement libérée.
- une **forme liée aux éléments figurés du sang** (érythrocytes).

Plusieurs facteurs influencent la liaison principe actif / protéine :

- affinité du médicament pour les sites de fixation aux protéines
- quantité de protéines existantes (variations physico-pathologiques)
- concentration en principe actif
- compétition entre le médicament et d'autres molécules.

Pour caractériser quantitativement la distribution dans l'organisme d'un médicament, il faut calculer le volume de distribution de la substance. Il se définit comme la quantité de médicament administré dans l'organisme par rapport à sa concentration plasmatique à l'état d'équilibre.

#### 1.2.1.3. Métabolisme ou biotransformation

C'est la transformation du médicament par le système enzymatique de l'organisme, en particulier au niveau du foie (organe contenant un équipement enzymatique riche et varié).

La biotransformation aboutit à la formation de métabolites par des réactions chimiques (oxydation, conjugaison, hydrolyse, réduction).

Ces métabolites sont généralement plus hydrophiles. Ce gain en hydrophilie permet une élimination rénale plus rapide, par la filtration glomérulaire (Allain, 2000).

Les métabolites ainsi produits peuvent alors avoir :

- aucune activité (directement éliminés)
- une activité pharmacologique avant élimination
- une activité toxique avant élimination.

La biotransformation peut être influencée par différents facteurs :

- **physiologiques** : âge, génétique, ethnique.
- **pathologiques** : insuffisance hépatique, cirrhose hépatique.
- **pharmacologiques** : interactions médicamenteuses (inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques).

#### 1.2.1.4. Élimination

L'élimination correspond à la sortie de l'organisme par voies physiques du principe actif. Elle est essentiellement rénale et biliaire (Timour, 1999).

L'élimination est définie par 2 paramètres :

La **demi vie plasmaticque** se définit comme le temps au bout duquel la concentration plasmaticque en principe actif a diminué de moitié. Elle conditionne le nombre de prise par 24 heures. Plus la demi-vie est courte, plus la fréquence d'administration est rapprochée.

La **clairance** correspond à la capacité de l'organisme à éliminer une molécule. Elle correspond à la somme des clairances des différents organes entrant en jeu dans l'élimination du principe actif (foie, rein, poumon). Elle est exprimée sous la forme d'un débit (ml/minute).

Elle varie en fonction de différents facteurs :

- **physiologiques** : chez le nouveau-né et la personne âgée, il faudra adapter les posologies (élimination ralentie).
- **pathologiques** : il faudra également adapter les posologies chez les personnes souffrant d'insuffisances hépatique ou rénale (élimination diminuée).

#### 1.2.2. Pharmacodynamique

La pharmacodynamie a pour but l'étude de l'action exercée par les médicaments sur l'organisme.

Un médicament peut avoir plusieurs types d'actions : substitutive (carence), mécanique (laxatif), chimique (alcalinisant, acidifiant), antagoniste d'une substance naturelle (bêtabloquant), antagoniste indirect (antivitamine K).

La pharmacodynamie permet la détermination de l'intervalle thérapeutique. C'est la fenêtre comprise entre la dose minimale pour avoir l'effet pharmacologique attendu (dose efficace) et la dose où apparaissent les effets indésirables (dose toxique). En dessous de la dose efficace, le principe actif présente un risque d'inefficacité. Au-delà de la dose toxique, il y a un risque de toxicité (Stanke-Labesque, 2012).

Les médicaments à marge thérapeutique étroite font l'objet d'un suivi thérapeutique pharmacologique régulier, afin de surveiller leur concentration plasmatique ou sanguine.

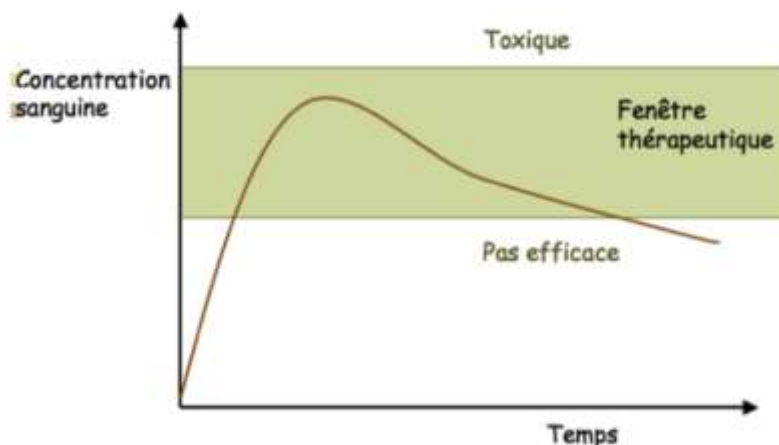


Figure 1 : Graphique définissant la marge thérapeutique d'un médicament (Liegard et coll., 2014)

Un principe actif peut être toxique :

- effets toxiques **aigus** : se manifestent lors d'une administration unique.
- effets toxiques **chroniques** : se manifestent lors d'une exposition répétée.
- effets toxiques **cumulés** : se manifestent lors d'une exposition répétée à un principe actif conduisant à son accumulation dans l'organisme ou lors d'une exposition à plusieurs principes actifs qui présentent la même toxicité.

### 1.2.3. Interactions médicamenteuses

On parle d'interactions médicamenteuses quand l'effet E1 d'un médicament M1 est modifié par l'effet E2 d'un médicament M2. Pour que cette interaction apparaisse, il faut que les médicaments M1 et M2 soient simultanément présents dans l'organisme ou que les effets de l'un d'eux persistent encore lors de l'administration du deuxième (Egloff, 2014).

Il existe plusieurs types d'interactions médicamenteuses :

- **Synergie** : elle peut être :
  - additive totale lorsque les effets E1 et E2 s'ajoutent totalement.
  - additive partielle lorsque les effets s'ajoutent partiellement.
- **Potentialisation** : Lorsque l'effet E1 du médicament M1 est augmenté sous l'effet E2 du médicament M2 de telle manière que la somme des effets E1 + E2 soit nettement supérieure à leur simple addition.
- **Antagonisme** : Lorsque l'effet E1 du médicament M1 est diminué ou supprimé sous l'effet E2 du médicament M2 ou réciproquement.

2 mécanismes entraînent ces interactions :

On parle d'**interaction pharmacocinétique** lorsqu'il y a modification de la concentration du principe actif. Cela résulte d'un changement lors d'une étape du circuit ADME. Le métabolisme des médicaments, principalement hépatique, fait intervenir des enzymes, appelées cytochromes P450. Lorsqu'un médicament M2 inhibe ou induit un cytochrome P450, on obtient une diminution ou une augmentation du métabolisme hépatique, et ainsi une diminution ou une augmentation de l'effet du principe actif de M1.

On parle d'**interaction pharmacodynamique** lorsqu'il n'y a pas de modification de la concentration du principe actif. Cela résulte d'une compétition entre M1 et M2 sur la même protéine cible.

L'ANSM (2014) a défini 4 niveaux de contraintes pour une association de plusieurs médicaments :

- **Contre-indication (CI)** : elle traduit un caractère absolu, et ne doit pas être transgressée.
- **Association déconseillée (ASDEC)** : on doit éviter d'associer les 2 médicaments, sauf si l'évaluation du rapport bénéfice/risque le conseille. Le patient sera alors sous étroite surveillance.
- **Précaution d'emploi (PE)** : c'est le cas le plus fréquent. Il faudra respecter certaines recommandations (adaptation de la posologie, surveillance clinique et biologique).
- **À prendre en compte (APEC)** : l'association des médicaments entraîne une addition des effets indésirables. Aucune recommandation ne peut être proposée.

### 1.3. Liste des principaux médicaments utilisés en médecine bucco-dentaire

Les rappels de prescription suivants ne concernent que les adultes. Les posologies et contre indications chez l'enfant ne seront pas traités ici.

Ne seront pas traités ici : les antiseptiques locaux (bains de bouche, solutions buccales), les hémostatiques locaux (compresses, éponges, poudres, pansements, colles biologiques), les médicaments endodontiques (irrigants, obturations, pansements), les apports topiques de fluor, ainsi que les astringents pour éviction gingivale.

En effet, leurs actions étant uniquement locale ou topique, ils n'entraînent pas d'interaction médicamenteuse avec des molécules systémiques. Il faudra cependant veiller à ne pas les administrer chez les patients présentant une hypersensibilité à la molécule en question.

En outre, les apports fluorés systémiques ne seront pas étudiés non plus, car ce travail ne concerne que le patient adulte.

#### 1.3.1. Médicaments à action systémique

##### 1.3.1.1. Antalgiques

- Règles de prescription des antalgiques en pratique quotidienne

La classe d'antalgiques doit être choisie en fonction de l'intensité de la douleur. En cas de douleur intense, le traitement concernera des antalgiques opioïdes en première intention. Il convient d'employer des associations ayant prouvé une efficacité supérieure à celle des principes actifs utilisés séparément (AFSSAPS, 2011).

La prescription doit être suivie à horaires réguliers et à doses fixes. Elle doit être prévue pour 48 à 72 heures et ne doit pas dépasser 5 jours. Si les symptômes persistent et ne diminuent pas, il faudra réévaluer le cas.

L'administration par voie orale doit être privilégiée.

Il faudra prendre en compte les antécédents douloureux du patient ; il ne faut pas hésiter à prescrire en première intention un traitement antalgique ayant déjà fait ses preuves en des circonstances comparables.

Le prescripteur devra tenir compte des contre-indications et des effets indésirables potentiels du principe actif. Le rapport bénéfice / risque devra être évalué.

- Classification des médicaments antalgiques
  - Les antalgiques non opioïdes
    - ✓ Paracétamol

#### Actions :

Le paracétamol possède une action antalgique et antipyrétique. Son délai d'action est rapide (pic plasmatique en 30 à 60 minutes) mais l'effet antalgique est de courte durée (4 à 6 heures). Il est adapté aux douleurs faibles à modérées. Il peut être prescrit chez la femme enceinte et allaitante (Thériaque, 2008).

#### Posologie :

Chez l'adulte, la posologie à respecter est de 1000mg/ prise ; la dose maximale quotidienne est de 4g par 24 heures. Le schéma de prescription est de 1g par prise toutes les 6 heures. Au-delà, il existe un risque de toxicité hépatique.

La dose quotidienne de paracétamol recommandée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures (Thériaque, 2008).

#### Mise en garde et précautions d'emploi :

En cas d'ingestion supérieure à 8g en dose unique, une hépato-toxicité apparaît. Une dose supérieure à 20g en dose unique est généralement fatale.

D'après l'ANSM (2012), lorsqu'il est prescrit à 4g par jour pendant plus de 4 jours, il peut augmenter l'effet anticoagulant et le risque hémorragique des antivitamines K.

#### Contre-indications :

Le paracétamol est contre indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère et en cas d'hypersensibilité à la molécule (Thériaque, 2008).

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : PARACETAMOL

- ✓ Indications : douleurs faibles à modérées
- ✓ Posologie maximale : 4g / 24 heures
- ✓ Interaction médicamenteuse : augmente le risque hémorragique s'il est prescrit à 4g/jour pendant plus de 4 jours
- ✓ Contre indication : insuffisance hépatique sévère et hypersensibilité à la molécule

✓ Anti-inflammatoires non stéroïdiens

L'acide acétylsalicylique, en raison de son effet sur l'hémostase, a été exclu des dernières recommandations de la Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale (2008).

Nous parlerons ici des molécules suivantes : l'ibuprofène, le naproxène, le kétoprofène, l'acide méfénamique, l'acide niflumique, l'acide tiaprofénique, le fénoprofène, le diclofénac et le nimésulide.

Dans notre pratique, les AINS ne doivent pas être utilisés à visée anti-inflammatoire, mais uniquement pour leur rôle antalgique (SFCO, 2008).

Actions :

Les AINS possèdent 4 actions principales : antalgique, anti-inflammatoire, antipyrétique et antiagrégant plaquettaire. L'effet antalgique est supérieur à celui du paracétamol ; il est comparable à celui des opioïdes faibles. Ceci s'explique par l'origine inflammatoire de nombreuses douleurs dentaires.

Ils n'ont pas d'effet sur le traitement des symptômes inflammatoires (œdème, trismus) en chirurgie buccale (ANSM, 2013).

Posologie :

DCI	Exemples de spécialités	Posologie par prise	Dose maximale journalière
<b>Acide méfénamique</b>	Ponstyl 250mg gel	250 à 500 mg	1500 mg
<b>Acide niflumique</b>	Nifluril 250 mg gel	250 mg	1000 mg
<b>Ibuprofène</b>	Advil 400mg gel	200 à 400 mg	1200 mg
<b>Acide tiaprofénique</b>	Surgam 200mg cp	100 à 200 mg	600 mg
<b>Fénoprofène</b>	Nalgésic 300mg cp	300 à 600 mg	1200 mg
<b>Kétoprofène</b>	Toprec 25mg cp	25 mg	75mg
<b>Naproxène</b>	Apranax 275mg cp	200, 275, 550 mg	1100 mg
<b>Diclofénac</b>	Voltarène 75mg cp	12,5 mg	75 mg
<b>Nimésulide</b>	Nexen 100mg cp	100 mg	200mg

Tableau 1 : Posologie des anti-inflammatoires non stéroïdiens ayant une indication en odontologie (d'après [vidal.fr](http:// Vidal.fr), 2015)



### Mise en garde et précautions d'emploi :

Les AINS inhibent la synthèse des prostaglandines (médiateurs de l'inflammation). De ce fait, ils peuvent causer des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, ulcère gastrique).

La prise d'AINS risque de masquer les signes d'apparition d'une infection en raison de leur effet anti-inflammatoire. Ceci peut entraîner un retard de diagnostic.

Les AINS ont la propriété d'être hyperkaliémiants ; il faudra donc tenir compte de cet effet lorsqu'on leur associe une autre molécule (risque de potentialisation de l'hyperkaliémie) (ANSM, 2015).

### Interactions médicamenteuses :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>AUTRES AINS, ASPIRINE</b>	Majoration du risque ulcérogène et hémorragique digestif
<b>ANTICOAGULANTS ORAUX</b>	Augmentation du risque hémorragique
<b>HEPARINES (dose curative)</b>	
<b>LITHIUM</b>	Augmentation de la lithémie
<b>METHOTREXATE</b>	Augmentation de la toxicité hématologique du méthotrexate
<b>PEMETREXED</b>	Augmentation de la toxicité du pemetrexed
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANTAGONISTE DU RECEPTEUR DE L'ANGIOTENSINE II</b>	Néphrotoxicité chez les patients à risque (sujet âgé, déshydraté)
<b>CICLOSPORINE</b>	
<b>TACROLIMUS</b>	
<b>TENOFOVIR</b>	
<b>DIURETIQUES</b>	
<b>INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION</b>	
<b>À prendre en compte</b>	
<b>BETABLOQUANTS</b>	Réduction de l'effet antihypertenseur
<b>AUTRES HYPERKALIEMIANTS</b>	Risque de majoration dde l'hyperkaliémie
<b>DEFERASIROX</b>	Majoration du risque ulcérogène et hémorragique digestif
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>	
<b>ASPIRINE (dose antiagrégante)</b>	
<b>ANTI-AGREGANTS PLAQUETTAIRES</b>	
<b>INHIBITEUR SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE SEROTONINE</b>	Majoration du risque hémorragique
<b>HEPARINES (dose préventive)</b>	

**Tableau 2 : Interactions médicamenteuses des anti-inflammatoires non stéroïdiens ayant une indication en odontologie (d'après ANSM, 2015)**

Contre-indications absolues :

DCI	Contre-indications absolues
<b>Acide méfénamique Acide niflumique Acide tiaprofénique Naproxène Nimésulide</b>	Grossesse après le 5 <sup>ème</sup> mois révolu Hypersensibilité à la molécule, aux AINS, à l'aspirine ou à l'un des excipients Asthme Antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-duodéal Insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale sévère
<b>Ibuprofène</b>	Grossesse après le 5 <sup>ème</sup> mois révolu Hypersensibilité à la molécule, aux AINS, à l'aspirine ou à l'un des excipients Asthme Antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-duodéal Insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale sévère Antécédents d'hémorragies cérébrales Terrain hémorragique Lupus érythémateux disséminé Varicelle en évolution
<b>Fénoprofène</b>	Grossesse après le 5 <sup>ème</sup> mois révolu Hypersensibilité à la molécule, aux AINS, à l'aspirine ou à l'un des excipients Asthme Antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-duodéal Insuffisance hépatique ou rénale sévère
<b>Ketoprofène</b>	Grossesse après le 5 <sup>ème</sup> mois révolu Hypersensibilité à la molécule, aux AINS, à l'aspirine ou à l'un des excipients Asthme Antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-duodéal Insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale sévère Antécédents d'hémorragies cérébrales Terrain hémorragique
<b>Diclofénac</b>	Grossesse après le 5 <sup>ème</sup> mois révolu Hypersensibilité à la molécule, aux AINS, à l'aspirine ou à l'un des excipients Asthme Antécédents d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastro-duodéal Insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale sévère Antécédents d'hémorragies cérébrales

**Tableau 3 : Contre indications des anti-inflammatoires non stéroïdiens ayant une indication en odontologie (d'après Thériaque, 2011)**

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite (Thériaque, 2011).

### CE QU'IL FAUT RETENIR : AINS

- ✓ Ne pas prescrire d'acide acétylsalicylique (risque hémorragique)
- ✓ Indications : douleurs modérées à intenses
- ✓ Posologie de l'Ibuprofène (Advil ©) : 1200mg / 24 heures

#### **CONTRE INDICATIONS**

- 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse
- ATCD ulcère gastro-intestinal
- Insuffisances hépatique / rénale / cardiaque sévères
- Allergie a la molécule
- Asthme
- Antécédents d'hémorragies cérébrales
- Terrain hémorragique
- Lupus érythémateux disséminé
- Varicelle en évolution

#### **ASSOCIATIONS DECONSEILLES**

- Autres AINS (dont l'aspirine)
- Antithrombotiques
- Lithium
- Méthotrexate
- Pemetrexed

- Les antalgiques opioïdes faibles

- ✓ Codéine

Actions :

C'est un dérivé de la morphine ; son activité antalgique est 10 à 12 fois inférieure à celle de la morphine. Elle est utilisée en association avec des antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS). Séparément, elle a essentiellement une action antitussive ; en France, elle n'est pas commercialisée seule.

Elle est utilisée dans le traitement des douleurs modérées à sévères, ou ne répondant pas à l'utilisation d'antalgiques non opioïdes utilisés seuls.

La codéine est un antitussif morphinique vrai, et possède également une action sédative (ANSM, 2015).

Posologie :

Le rapport optimal codéine / paracétamol pour l'adulte est de 60mg / 1000mg par prise. La dose maximale quotidienne de codéine est de 240mg.

Spécialités	Dosage Codéine (mg)	Dosage Paracétamol (mg)
Codoliprane	20	400
Claradol Codéine, Gaosédal Codéiné	20	500
Klipal Codéiné	25, 50	300, 600
Algicam, Algisedal, Lindilane	25	400
Dafalgan Codéiné	30	500
Efferalgan Codéiné	30	500

**Tableau 4 : Spécialités de Codéine / Paracétamol disponibles en France chez l'adulte (Casamajor et Descroix, 2009)**

Grossesse et allaitement :

Pour un traitement ponctuel, l'administration est possible pendant la grossesse. En revanche, tout traitement prolongé est à éviter.

Pour un traitement ponctuel, l'administration est possible pendant l'allaitement. En revanche, l'allaitement doit être arrêté en cas de traitement prolongé (Thériaque, 2008).

Interactions médicamenteuses :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>MORPHINIQUES AGONISTES-ANTAGONISTES, MORPHINIQUES ANTAGONISTES PARTIELS</b>	Diminution de l'effet antalgique, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage
<b>ALCOOL (BOISSON OU EXCIPIENT)</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif
<b>OXYBATE DE SODIUM</b>	Majoration de la dépression centrale
<b>A prendre en compte</b>	
<b>AUTRES ANALGÉSIFIQUES MORPHINIQUES AGONISTES</b>	Risque majoré de dépression respiratoire, pouvant être fatale en cas de surdosage
<b>ANTITUSSIFS MORPHINE LIKE, ANTITUSSIFS MORPHINIQUES VRAIS</b>	
<b>METHADONE</b>	
<b>AUTRES MEDICAMENTS SEDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale

**Tableau 5 : Interactions médicamenteuses de la codéine (d'après ANSM, 2015)**

Contre-indications :

La codéine est contre-indiquée en cas d'insuffisance respiratoire (effet dépresseur sur les centres respiratoires) et chez les patients allergiques à la molécule (Thériaque, 2008).

CE QU'IL FAUT RETENIR : CODEINE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dérivé de la morphine</li> <li>✓ Indications : douleurs modérées à intenses</li> <li>✓ Posologie du Paracétamol codéiné : 4g paracétamol + 240mg codéine / 24 heures</li> <li>✓ Risque de dépression respiratoire</li> </ul>	
<b>CONTRE INDICATIONS</b>	<b>ASSOCIATIONS DECONSEILLEES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance respiratoire (asthme)</li> <li>- Grossesse et allaitement (traitement prolongé)</li> <li>- Hypersensibilité à la codéine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres morphiniques</li> <li>- Alcool</li> <li>- Oxybate de sodium</li> </ul>

## ✓ Tramadol

### Actions :

Il peut être utilisé seul ou en association avec un antalgique non opioïde. Il est utilisé dans le traitement des douleurs modérées à sévères, ou ne répondant pas à l'utilisation d'antalgiques non opioïdes utilisés seuls.

Le tramadol est un médicament sérotoninergique. Il a également la propriété de diminuer le seuil épiléptogène. C'est un morphinique ; il a donc également une action sédative (ANSM, 2015).

### Posologie :

Seul, il est prescrit à des doses de 50 à 100 mg toutes les 6 heures. La dose maximale quotidienne est alors de 400mg.

En association, le rapport optimal tramadol / paracétamol est de 37,5mg / 325mg pour l'adulte, par prise, sans dépasser 8 comprimés par jour. La dose maximale quotidienne est alors de 300 mg (Vidal, 2015).

Spécialités	Dosage Tramadol (mg)	Dosage Paracétamol (mg)
Contramal, Topalgic	50	
Zumalgic	100	
Zamudol LP	50, 100, 150, 200	
Monocrixo LP, Contramal LP, Topalgic LP	100, 150, 200	
Monoalgic LP	100, 200, 300	
Monotramal LP	300	
Ixprim, Zaldiar	37,5	325

**Tableau 6 : Dosages du Tramadol seul et du Tramadol associé au Paracétamol disponibles en France chez l'adulte (Casamajor et Descroix, 2009)**

### Grossesse et allaitement :

Le tramadol traverse la barrière placentaire. Ce médicament ne doit donc pas être utilisé chez les femmes enceintes.

Lors de l'allaitement, environ 0,1 % de la dose maternelle est sécrétée dans le lait. Ce médicament n'est pas recommandé pendant l'allaitement. Il n'est généralement pas nécessaire d'arrêter l'allaitement après une seule administration de tramadol (Thériaque, 2006).

Interactions médicamenteuses :

DCI	Effet de l'interaction
Contre-indications	
<b>IMAO NON SÉLECTIFS, IMAO-A SÉLECTIFS</b>	Risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique : diarrhée, sueurs, tremblements, confusion, voire coma.
Associations déconseillées	
<b>MORPHINIQUES AGONISTES-ANTAGONISTES, MORPHINIQUES ANTAGONISTES PARTIELS</b>	Diminution de l'effet antalgique, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.
<b>ALCOOL (BOISSON OU EXCIPIENT)</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif
Précautions d'emploi	
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation du risque hémorragique.
A prendre en compte	
<b>AUTRES ANALGÉSIFIQUES MORPHINIQUES AGONISTES</b>	Risque majoré de dépression respiratoire, pouvant être fatale en cas de surdosage.
<b>ANTITUSSIFS MORPHINE-LIKE, ANTITUSSIFS MORPHINIQUES VRAIS</b>	
<b>BARBITURIQUES</b>	
<b>BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS</b>	
<b>METHADONE</b>	Risque d'apparition de convulsions et/ou d'un syndrome sérotoninergique.
<b>INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE</b>	
<b>AUTRES MÉDICAMENTS À L'ORIGINE D'UN SYNDROME SÉROTONINERGIQUE</b>	
<b>VENLAFAXINE</b>	Diminution de l'intensité et de la durée de l'effet du tramadol. Risque de diminution de l'effet antiémétique de l'ondansétron.
<b>ONDANSETRON</b>	
<b>AUTRES MÉDICAMENTS SÉDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale.
<b>BUPROPIONE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques du tramadol.
<b>AUTRES MÉDICAMENTS ABAISSANT LE SEUIL ÉPILEPTOGÈNE</b>	Risque accru de convulsions.

Tableau 7 : Interactions médicamenteuses du Tramadol (d'après ANSM, 2015)

Contre-indications (Thériaque, 2006) :

- hypersensibilité au tramadol,
- épilepsie non traitée,
- intoxication aiguë avec des produits dépresseurs du système nerveux central (alcool, hypnotiques, autres analgésiques, opioïdes, psychotropes),
- traitement simultané ou récent (arrêt de moins de 15 jours) par les IMAO,
- sevrage des toxicomanes.

CE QU'IL FAUT RETENIR : TRAMADOL

- ✓ Dérivé de la morphine
- ✓ Indications : douleurs modérées à intenses
- ✓ Posologie du Tramadol : 400mg / 24 heures

**CONTRE INDICATIONS**

- Hypersensibilité à la molécule
- Épilepsie non traité
- Toxicomanes
- Intoxication aiguë par l'alcool, les hypnotiques, les analgésiques, les opioïdes ou les psychotropes
- Traitement par IMAO
- Grossesse et allaitement

**ASSOCIATIONS DECONSEILLEES**

- Autres morphiniques
- Alcool

- Les antalgiques opioïdes forts (morphine)

Ils ne font pas partie de la prescription quotidienne en odontologie.



### 1.3.1.2. Anti-inflammatoires stéroïdiens

Les anti-inflammatoires stéroïdiens, ou glucocorticoïdes de synthèse, sont des molécules dont la structure chimique est proche du cortisol, hormone naturelle sécrétée par les glandes surrénales. Ils possèdent de nombreux effets moléculaires et cellulaires. Cependant, dans notre pratique, seul l'effet anti-inflammatoire est recherché.

Les glucocorticoïdes ont la propriété d'être hypokaliémisants ; il faudra donc tenir compte de cet effet lorsqu'on leur associe une autre molécule (ANSM, 2015).

Leurs actions anti-inflammatoires découlent de 3 mécanismes :

- inhibition des médiateurs solubles de l'inflammation issus de l'acide arachidonique,
- inhibition des phases tissulaires de l'inflammation (vasodilatation, perméabilité vasculaire, chimiotactisme, phagocytose),
- atteinte des lignées cellulaires de l'immunité (lymphocytes T, macrophages, mastocytes, polynucléaires).

#### Indications :

Les glucocorticoïdes sont indiqués dans plusieurs situations (Louis, 2010) :

- avulsion de dents de sagesse mandibulaires (incluses ou enclavées),  
germectomie : dans ce cas, ils permettent d'éviter le trismus, l'œdème et la douleur post-opératoire,
- greffe gingivale libre, greffe osseuse, chirurgie implantaire multiple, régénération osseuse guidée, comblement de sinus,
- pathologies auto-immunes de la muqueuse buccale : lichen plan érosif, aphtose sévère,
- pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire : sous forme d'injection.

#### Posologie :

En pratique odontologique, la prescription de glucocorticoïdes doit se faire en cure courte, entre 3 et 5 jours. L'administration par voie orale doit être privilégiée.

La dose quotidienne moyenne conseillée est de 1 mg/kg de prednisone en une seule prise, le matin. La première administration doit se faire avant l'acte chirurgical, environ 4h avant le début de l'intervention. Elle se fait classiquement le matin de la veille de l'intervention.

Leur activité antalgique modeste justifie la prescription associée d'antalgiques.

Une prescription de glucocorticoïdes en cure courte ne justifie pas à elle seule la prescription d'antibiotiques ; la relation de cause à effet entre la prise de glucocorticoïdes en cure courte et l'augmentation du risque infectieux n'est pas scientifiquement établie en chirurgie buccale (SFCO, 2008).

DCI	Spécialités	Posologie par prise	Dose maximale journalière
Betaméthasone	Celestène	Comprimé 2mg	0,05 à 0,2 mg/kg/j
Dexaméthasone	Dectancyl	Comprimé 0,5mg	0,05 à 0,2 mg/kg/j
Méthylprednisolone	Medrol	Comprimé 4, 16, 100mg	0,3 à 1 mg/kg/j
Prednisolone	Solupred	Comprimé 5, 20mg	0,35 à 1,2 mg/kg/j
Prednisone	Cortancyl	Comprimé 1, 5, 20mg	0,35 à 1,2 mg/kg/j

**Tableau 8 : Posologie des anti-inflammatoires stéroïdiens ayant une indication en odontologie (d'après Casamajor et Descroix, 2009)**

Grossesse et allaitement :

Les corticoïdes peuvent être prescrits pendant la grossesse.

En cas de traitement à doses importantes et de façon chronique, l'allaitement est déconseillé (Thériaque, 2008).

Interactions médicamenteuses :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>VACCIN VIVANT ATTENUÉ</b>	Risque de maladie vaccinale généralisée
<b>ASPIRINE</b>	Majoration du risque hémorragique
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANTICOAGULANTS ORAUX</b>	Majoration du risque hémorragique
<b>ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES</b>	Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des corticoïdes.
<b>ISONIAZIDE</b>	Diminution des concentrations plasmatiques de l'isoniazide.
<b>RIFAMPICINE</b>	Diminution des concentrations plasmatiques des corticoïdes.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS</b>	Augmentation du risque d'ulcération et d'hémorragie gastro-intestinale.
<b>FLUOROQUINOLONES</b>	Possible majoration du risque de tendinopathie, voire de rupture tendineuse.

**Tableau 9 : Interactions médicamenteuses des anti-inflammatoires stéroïdiens ayant une indication en odontologie (d'après ANSM, 2015)**

### Contre-indications (Thériaque, 2008) :

Les contre-indications à l'utilisation des glucocorticoïdes en chirurgie buccale sont les suivantes :

- allergie connue à l'un des constituants,
- états infectieux non contrôlés (choc septique, méningite bactérienne),
- viroses en évolution (VIH, hépatite, herpès, varicelle, zona),
- états psychotiques non contrôlés par un traitement.

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : GLUCOCORTICOIDES

- ✓ A prescrire en cure courte de 3 à 5 jours
- ✓ Posologie : 1mg / kg / jour de prednisone, en une prise matinale
- ✓ Exemple pour le Cortancyl © : 3 cp de 20mg / jour pour une personne de 60kg

#### **CONTRE INDICATIONS**

- Infection / virose en évolution
- Psychose non traitée
- Hypersensibilité à l'un des constituants

#### **ASSOCIATIONS DECONSEILLEES**

- Vaccin vivant atténué
- Aspirine

### 1.3.1.3. Antibiotiques

Les antibiotiques sont des agents antibactériens, d'origine biologique ou synthétique. Ils peuvent détruire les bactéries (bactéricides) ou bloquer leur croissance (bactériostatiques).

#### Règles de prescription

La prescription d'un antibiotique doit être réservée à des cas précis (AFSSAPS, 2011), en tant :

- qu'antibiothérapie prophylactique :
  - chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse (HREI), pour tout acte impliquant une manipulation de la gencive (détartrage) ou de la région périapicale de la dent (traitement endodontique) et en cas d'effraction de la muqueuse orale (exceptée lors d'une anesthésie paraapicale ou locorégionale).
  - chez le patient immunodéprimé (en raison d'une pathologie ou d'un traitement), pour tout acte invasif.
  - chez le patient appartenant à la population générale face au risque infectieux, avant une avulsion de dent incluse, une chirurgie osseuse ou une chirurgie pré-implantaire.
- qu'antibiothérapie curative, afin de traiter une infection, en complément du traitement local nécessaire.

#### Classification et posologies

<b>Inhibiteurs de la synthèse de la paroi bactérienne</b>			
<i>Famille : bêtalactamines</i>			
DCI	Noms commerciaux	Posologie	Indications
Amoxicilline (pénicilline A)	Clamoxyl	Préventif : 2g en 1 prise 1h avant l'acte	- Antibio prophylaxie - 1 <sup>ère</sup> intention de toute antibiothérapie
		Curatif : 2-3g/j en 2-3 prises pendant 6 jours	
Amoxicilline + Acide clavulanique (inhibiteurs des bêtalactamases)	Augmentin (1g d'amoxicilline / 125 mg d'ac. clav. ou 500mg d'amoxicilline / 62,5mg d'ac. clav.)	2-3g/j en 2-3 prises pendant 6 jours	- 1 <sup>ère</sup> intention, pour les sinusites maxillaires d'origine dentaire - 2 <sup>ème</sup> intention, après échec d'une monothérapie

<b>Inhibiteur de la synthèse protéique</b>			
<i>Famille : tétracyclines</i>			
Doxycycline	Doxy Granudoxy	200mg/j en 1 prise 14 jours	- Traitement des parodontites agressives
<i>Famille : macrolides</i>			
Clarithromycine	Naxy Zeclar	500mg/j en 2 prises 7-15 jours	- Hypersensibilité aux bêtalactamines
Spiramycine	Rovamycine	6-9 MUI/j en 2-3 prises 7-15 jours	
Josamycine	Josacine	1-2g/j en 2 prises 7-15 jours	
<i>Famille : lincosamides</i>			
Clindamycine	Dalacine	Préventif : 600mg en 1 prise 1h avant l'acte	- Antibio prophylaxie - 1 <sup>ère</sup> intention en cas d'allergie aux bêtalactamines - 2 <sup>ème</sup> intention après échec de l'amoxicilline
		Curatif : 600-2400mg/j en 2-3 prises 6 jours	
<i>Famille : streptogramines</i>			
Pristinamycine	Pyostacine Pristam	2-3g/j en 2-3 prises 6 jours	- Hypersensibilité aux bêtalactamines
<b>Nitro-imidazolés</b>			
Métronidazole	Flagyl	1-1,5g/j en 2-3 prises	- En monothérapie pour les infections de parodontologie - En 1 <sup>ère</sup> intention, en association si infection sévère - En 2 <sup>ème</sup> intention, après échec d'une monothérapie
<b>Associations</b>			
Spiramycine Métronidazole	Missilor, Rodogyl 0,75 MUI spiramycine / 125mg métronidazole	4-6 comprimés/j en 2-3 prises	- 1 <sup>ère</sup> intention, lors d'infections sévères - 2 <sup>ème</sup> intention, après échec d'une monothérapie
	Bimissilor, Birodogyl 1,5 MUI spiramycine / 250mg métronidazole	2-3 comprimés/j en 2-3 prises	

**Tableau 10 : Posologie des antibiotiques ayant une indication en odontologie (d'après Vidal.fr, 2015)**

## Interactions médicamenteuses

### **Pour l'Amoxicilline :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>METHOTREXATE</b>	Augmentation des effets et de la toxicité hématologique du méthotrexate.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>ALLOPURINOL</b>	Risque accru de réactions cutanées.
<b>MYCOPHENOLATE MOFETIL</b>	Diminution des concentrations de l'acide mycophénolique, avec risque potentiel de baisse d'efficacité.

**Tableau 11 : Interactions médicamenteuses de l'amoxicilline (d'après ANSM, 2015)**

### **Pour la Doxycycline :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre-indiquées</b>	
<b>RÉTINOÏDES VITAMINE A</b>	Risque d'hypertension intracrânienne.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES</b>	Diminution des concentrations plasmatiques de la doxycycline.
<b>ANTIVITAMINES K CALCIUM</b>	Augmentation du risque hémorragique.
<b>FER ZINC</b>	Diminution de l'absorption digestive des cyclines.
<b>STRONTIUM</b>	Diminution de l'absorption digestive du strontium.

**Tableau 12 : Interactions médicamenteuses de la doxycycline (d'après ANSM, 2015)**

### **Pour la Spiramycine :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>LEVODOPA</b>	Diminution des concentrations plasmatiques de la lévodopa.

**Tableau 13 : Interactions médicamenteuses de la spiramycine (d'après ANSM, 2015)**

## Pour la Clarithromycine :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre-indiquées</b>	
<b>ALCALOÏDES DE L'ERGOT DE SEIGLE VASOCONSTRICTEURS</b>	Risque de vasoconstriction coronaire ou des extrémités, ou de poussées hypertensives.
<b>COLCHICINE</b>	Augmentation des effets indésirables de la colchicine.
<b>SIMVASTATINE</b>	Augmentation des effets indésirables à type de rhabdomyolyse.
<b>DAPOXÉTINE</b>	Augmentation des effets indésirables (vertiges ou syncopes).
<b>DIHYDROERGOTAMINE ERGOTAMINE</b>	Possibilité de nécrose des extrémités.
<b>DRONEDARONE</b>	Augmentation des concentrations de dronédarone.
<b>ALFUZOSINE</b>	Augmentation des concentrations de l'alfuzosine.
<b>TICAGRELOR</b>	Augmentation des concentrations de ticagrelor.
<b>QUETIAPINE</b>	Augmentation des concentrations de quétiapine.
<b>RANOLAZINE</b>	Augmentation des concentrations de ranolazine.
<b>IVABRADINE</b>	Augmentation des concentrations de l'ivabradine.
<b>MIZOLASTINE PIMOZIDE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>HALOFANTRINE LUMEFANTRINE EBASTINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>DISOPYRAMIDE</b>	Risque de majoration des effets indésirables du disopyramide.
<b>IRINOTECAN</b>	Risque de majoration des effets indésirables de l'irinotécan.
<b>TAMSULOSINE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la tamsulosine.
<b>ALCALOÏDES DE L'ERGOT DE SEIGLE DOPAMINERGIQUES</b>	Augmentation des concentrations du dopaminergique.
<b>FESOTERODINE</b>	Augmentation des concentrations de fésotérodine.
<b>IMMUNOSUPPRESSEURS</b>	Augmentation des concentrations de l'immunosuppresseur.
<b>OXYCODONE</b>	Augmentation des concentrations de l'oxycodone.
<b>RIVAROXABAN</b>	Augmentation des concentrations de rivaroxaban.
<b>TOLTERODINE</b>	Augmentation des concentrations de toltérodine.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation du risque hémorragique.
<b>ALFENTANIL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>ANTAGONISTES DES CANAUX CALCIQUES</b>	Majoration des effets indésirables de l'antagoniste des canaux calciques.
<b>ATAZANAVIR</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de clarithromycine.
<b>ATORVASTATINE</b>	Risque majoré d'effets indésirables à type de rhabdomyolyse.
<b>BORTEZOMIB</b>	Risque de majoration des effets indésirables du bortezomib.
<b>CABAZITAXEL</b>	Risque de majoration des effets indésirables du cabazitaxel.
<b>CARBAMAZEPINE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de carbamazépine.
<b>DARIFENACINE</b>	Augmentation des concentrations de darifénacine.
<b>DIGOXINE</b>	Augmentation de la digoxinémie.
<b>DOCETAXEL</b>	Risque de majoration des effets indésirables du docétaxel.
<b>FENTANYL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>GLIBENCLAMIDE</b>	Risque d'hypoglycémie.
<b>GLIMEPIRIDE</b>	Risque d'hypoglycémie.
<b>INHIBITEURS DE LA PHOSPHODIESTERASE TYPE 5</b>	Risque d'hypotension.
<b>INHIBITEURS DE PROTÉASES BOOSTÉS PAR RITONAVIR</b>	Augmentation des concentrations de la clarithromycine.

<b>INHIBITEURS DES TYROSINE KINASES</b>	Majoration des effets indésirables de l'inhibiteur de tyrosine kinase.
<b>IVACAFTOR</b>	Augmentation importante des concentrations d'ivacaftor.
<b>MÉDICAMENTS SUSCEPTIBLES DE DONNER DES TORSADES DE POINTES</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>MIDAZOLAM</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de midazolam.
<b>PRAVASTATINE</b>	Augmentation de la concentration plasmatique de la pravastatine.
<b>QUININE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la quinine.
<b>REPAGLINIDE</b>	Risque d'hypoglycémie.
<b>RIFABUTINE</b>	Risque d'augmentation des effets indésirables de la rifabutine.
<b>SOLIFENACINE</b>	Augmentation des concentrations de solifénacine (risque de surdosage).
<b>SUFENTANIL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>SULFAMIDES HYPOGLYCÉMIANTS</b>	Risque d'hypoglycémie.
<b>VERAPAMIL</b>	Bradycardie et/ou troubles de la conduction auriculo-ventriculaire.
<b>TRIAZOLAM</b>	Majoration de la sédation.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>SUBSTRATS À RISQUE DU CYP3A4</b>	Majoration des effets indésirables propres à chaque substrat.
<b>DEXAMETHASONE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de la dexaméthasone.
<b>ETRAVIRINE</b>	Risque de diminution de l'efficacité de la clarithromycine.
<b>LINEZOLIDE</b>	Risque de majoration des effets indésirables du linézolide.
<b>THÉOPHYLLINE</b>	Risque d'augmentation de la théophyllinémie.
<b>VENLAFAXINE</b>	Augmentation des concentrations de venlafaxine (risque de surdosage).
<b>ZOLPIDEM</b>	Légère augmentation des effets sédatifs du zolpidem.
<b>ZOPICLONE</b>	Légère augmentation des effets sédatifs de la zopiclone.

Tableau 14 : Interactions médicamenteuses de la clarithromycine (d'après ANSM, 2015)

**Pour la Josamycine :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre-indiquées</b>	
<b>COLCHICINE</b>	Augmentation des effets indésirables de la colchicine.
<b>DIHYDROERGOTAMINE, ERGOTAMINE</b>	Ergotisme avec possibilité de nécrose des extrémités.
<b>IVABRADINE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de l'ivabradine.
<b>PIMOZIDE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>ALCALOÏDES DE L'ERGOT DE SEIGLE DOPAMINERGIQUES</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques du dopaminergique (risque de surdosage).
<b>DISOPYRAMIDE</b>	Risque de majoration des effets indésirables du disopyramide.
<b>EBASTINE, HALOFANTRINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>TACROLIMUS</b>	Augmentation des concentrations sanguines de tacrolimus.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation du risque hémorragique.
<b>CARBAMAZÉPINE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de carbamazépine.
<b>CICLOSPORINE</b>	Risque d'augmentation des concentrations sanguines de ciclosporine.
<b>SILDENAFIL</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de sildénafil et risque d'hypotension.



A prendre en compte	
<b>THÉOPHYLLINE</b>	Risque d'augmentation de la théophyllinémie.

**Tableau 15 : Interactions médicamenteuses de la josamycine (d'après ANSM, 2015)**

**Pour la Clindamycine :**

DCI	Effet de l'interaction
Précautions d'emploi	
<b>CICLOSPORINE, TACROLIMUS</b>	Diminution des concentrations de l'immunosuppresseur.

**Tableau 16 : Interactions médicamenteuses de la clindamycine (d'après ANSM, 2015)**

**Pour la Pristinamycine :**

DCI	Effet de l'interaction
Associations contre-indiquées	
<b>COLCHICINE</b>	Augmentation des effets indésirables de la colchicine.
Précautions d'emploi	
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation du risque hémorragique.
<b>IMMUNOSUPPRESSEURS</b>	Augmentation des concentrations sanguines de l'immunosuppresseur.

**Tableau 17 : Interactions médicamenteuses de la pristinamycine (d'après ANSM, 2015)**

**Pour le Métronidazole :**

DCI	Effet de l'interaction
Associations déconseillées	
<b>ALCOOL</b>	Effet antabuse (chaleur, rougeurs, vomissements, tachycardie).
<b>BUSULFAN</b>	Doublement des concentrations de busulfan par le métronidazole.
<b>DISULFURANE</b>	Risque d'épisodes de psychose aiguë ou d'état confusionnel (réversibles).
Précautions d'emploi	
<b>ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES</b>	Diminution des concentrations plasmatiques du métronidazole.
<b>RIFAMPICINE</b>	Diminution des concentrations plasmatiques du métronidazole.
<b>LITHIUM</b>	Augmentation de la lithémie pouvant atteindre des valeurs toxiques.
A prendre en compte	
<b>FLUOROURACILE</b>	Augmentation de la toxicité du fluoro-uracile.

**Tableau 18 : Interactions médicamenteuses du métronidazole (d'après ANSM, 2015)**

Contre-indications et précautions d'emploi :

DCI	Contre-indications
<b>Amoxicilline</b>	Hypersensibilités à l'amoxicilline, aux pénicillines, aux céphalosporines (allergies croisées)
<b>Doxycycline</b>	Hypersensibilités à la doxycycline, aux tétracyclines, aux cyclines Grossesse  A noter : → Allaitement déconseillé → Eviter l'exposition solaire pendant le traitement (risque de photosensibilisation)
<b>Clarithromycine</b>	Hypersensibilités à la clarithromycine, aux macrolides Insuffisance hépatique sévère Arythmie cardiaque Grossesse Allaitement d'un enfant traité par cisapride  A noter : → La clarithromycine est un inhibiteur puissant du CYP 34 ; il faudra y prendre garde lors de son association avec d'autres médicaments.
<b>Spiramycine</b>	Hypersensibilités à la spiramycine, aux macrolides  A noter : → Allaitement déconseillé
<b>Josamycine</b>	Hypersensibilités à la josamycine, aux macrolides Allaitement d'un enfant traité par cisapride
<b>Clindamycine</b>	Hypersensibilités à la clindamycine, aux lincosamides, à la lincomycine (allergies croisées) Grossesse et allaitement
<b>Pristinamycine</b>	Hypersensibilités à la pristinamycine, aux streptogramines, aux synergistines Allergie au blé, au gluten Antécédent d'éruptions graves (pustulose exanthématique aiguë généralisée, syndrome de Lyell, de Stevens-Johnson, syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS), vascularite) survenues après la prise de pristinamycine Allaitement
<b>Métronidazole</b>	Hypersensibilités au métronidazole, aux imidazolés Allergie au blé Premier trimestre de grossesse Allaitement

Tableau 19 : Contre indications des antibiotiques ayant une indication en odontologie (d'après [vidal.fr](http://www.vidal.fr), 2015)

### CE QU'IL FAUT RETENIR : ANTIBIOTIQUES

	Prophylaxie	Curatif
1 <sup>ère</sup> intention : AMOXICILLINE	2g en une prise 1h avant l'acte	2-3g / jour pendant 6 jours
Si allergie aux pénicillines : CLINDAMYCINE	600mg en une prise 1h avant l'acte	600-2400mg / jour pendant 6 jours

	<b>ASSOCIATIONS DECONSEILLEES</b>	<b>CONTRE INDICATIONS</b>
Amoxicilline	Méthotrexate	Hypersensibilités
Clindamycine	X	Hypersensibilités Grossesse et allaitement

Généralités sur les candidoses buccales (Baranger et Nguyen, 2006)

Les antifongiques sont prescrits dans le cadre du traitement des mycoses ou candidoses buccales. Les candidoses sont dues à des germes saprophytes physiologiquement présents dans la cavité buccale. Lors d'une infection opportuniste, on observe, dans la plupart des cas, une prolifération exagérée du germe *Candida Albicans*.

Traitement des candidoses buccales

Le traitement des candidoses buccales passe tout d'abord par des mesures d'hygiène bucco-dentaires et par l'élimination ou la diminution (lorsque cela est possible) des facteurs favorisant son développement :

- port de prothèses dentaires anciennes, poreuses et mal nettoyées,
- traitement par antibiothérapie à large spectre (destruction de la flore saprophyte),
- traitement par corticoïdes locaux au long cours (diminution de la réponse immunitaire),
- hyposialie (neuroleptiques, radiothérapie),
- troubles endocriniens (diabète),
- grossesse (modifications hormonales),
- âges extrêmes de la vie (nourrisson, personnes de plus de 70 ans),
- polymédication,
- hémopathie maligne,
- héroïnomanes,
- déficits immunitaires (patients atteints du VIH).

Le traitement antifongique, lorsqu'il concerne une candidose localisée à la cavité buccale, sera topique. Il faut mettre en contact direct et prolongé la molécule antifongique avec le champignon. La solution buvable doit être gardée 1 à 2 minutes en bouche avant d'être avalée. Cette opération doit être répétée 3 à 4 fois par jour, après les repas, en évitant de boire et de manger dans l'heure qui suit. Ce traitement doit être suivi pendant 15 jours.

Si la candidose est associée à d'autres localisations, le traitement devra être systémique (Casamajor et Descroix, 2009).

Posologie :

DCI	Nom commercial	Présentation	Posologie
<b>Amphotéricine B</b> (local)	Fungizone	Suspension buvable (flacon de 40 ml)	1 cuillère à café, à garder en bouche quelques minutes, 3 fois par jour. Pendant 15 à 21 jours.
<b>Nystatine</b> (local)	Mycostatine	Suspension buvable (flacon de 24 ml)	20 à 60 ml en plusieurs prises.
<b>Miconazole</b> (local)	Daktarin	Gel buccal à 2 % (tube de 40 g)	2 applications quotidiennes. Pendant 7 à 15 jours.
<b>Fluconazole</b> (systémique)	Triflucan	Gellule 100mg	Dose de charge : 200 mg à 400 mg le premier jour Dose suivante : 100 mg à 200 mg par jour Durée du traitement selon la réponse clinique.
<b>Itraconazole</b> (systémique)	Sporanox	Gellule 100mg	2 à 4 gellules par jour en fonction de l'état clinique. Durée du traitement selon la réponse clinique.
<b>Ciclopirox olamine</b> (local)	Mycoster	Crème (tube de 30 g)	2 applications quotidiennes. 21 jours.

**Tableau 20 : Posologie des antifongiques ayant une indication en odontologie (d'après vidal.fr, 2015)**

Interactions médicamenteuses :

**Pour l'Amphotéricine B, la Nystatine, le Miconazole et le Ciclopirox olamine : pas d'interaction médicamenteuse lorsqu'ils sont administrés par voie locale.**

**Pour le Fluconazole :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre indiquées</b>	
<b>PIMOZIDE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>RIFAMPICINE</b>	Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des deux anti-infectieux.
<b>HALOFANTRINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>MIDAZOLAM</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de midazolam, avec majoration de la sédation.
<b>COLCHICINE</b>	Augmentation des effets indésirables de la colchicine (conséquences fatales).

Précautions d'emploi	
<b>ALFENTANIL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique.
<b>CARBAMAZÉPINE</b>	Pour des doses de fluconazole $\geq$ 200 mg par jour : augmentation possible des effets indésirables de la carbamazépine.
<b>IMMUNO-SUPPRESSEURS</b>	Risque d'augmentation des concentrations sanguines de l'immunosuppresseur.
<b>IVACAFTOR</b>	Augmentation des concentrations d'ivacaftor (majoration des effets indésirables).
<b>NEVIRAPINE</b>	Doublement des concentrations de névirapine (majoration des effets indésirables).
<b>PHÉNYTOÏNE FOSPHÉNYTOÏNE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de phénytoïne pouvant atteindre des valeurs toxiques.
<b>RIFABUTINE</b>	Risque d'accroissement des effets indésirables de la rifabutine (uvéïtes).
<b>SULFAMIDES HYPOGLYCÉ-MIANTS</b>	Augmentation du temps de demi-vie du sulfamide avec survenue possible de manifestations d'hypoglycémie.
<b>THÉOPHYLLINE AMINOPHYLLINE</b>	Augmentation de la théophyllinémie avec risque de surdosage.
A prendre en compte	
<b>LOSARTAN</b>	Risque de diminution de l'efficacité du losartan.

Tableau 21 : Interactions médicamenteuses du fluconazole (d'après ANSM, 2015)

Pour l'itraconazole :

DCI	Effet de l'interaction
Associations contre indiquées	
<b>ALCALOÏDES DE L'ERGOT DE SEIGLE VASOCONSTRICTEURS</b>	Risque de vasoconstriction coronaire ou des extrémités (ergotisme), ou de poussées hypertensives.
<b>ALFUZOSINE</b>	Risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de l'alfuzosine.
<b>ALISKIREN</b>	Augmentation de 6 fois des concentrations plasmatiques d'aliskiren.
<b>ATORVASTATINE</b>	Risque majoré d'effets indésirables à type de rhabdomyolyse.
<b>DABIGATRAN</b>	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran et des effets indésirables.
<b>DAPOXÉTINE</b>	Risque de majoration des effets indésirables, notamment à type de vertiges ou de syncopes.
<b>DRONEDARONE</b>	Augmentation importante des concentrations de dronédarone et des effets indésirables.
<b>IVABRADINE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de l'ivabradine et des effets indésirables.
<b>MIZOLASTINE</b>	Risque de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.
<b>PIMOZIDE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>QUÉTIAPINE</b>	Augmentation importante des concentrations de quétiapine, avec risque de surdosage.
<b>RANOLAZINE</b>	Augmentation des concentrations de ranolazine et des effets indésirables.
<b>SIMVASTATINE</b>	Risque majoré d'effets indésirables à type de rhabdomyolyse.
<b>TRIAZOLAM</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de triazolam et des effets indésirables.

Associations déconseillées	
<b>BUSPIRONE</b>	Majoration importante de la sédation.
<b>BUSULFAN</b>	Doublment des concentrations de busulfan.
<b>COLCHICINE</b>	Augmentation des effets indésirables de la colchicine (conséquences potentiellement fatales).
<b>EBASTINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire chez les sujets prédisposés.
<b>FESOTERODINE</b>	Augmentation des concentrations de fésotérodine chez les métaboliseurs lents (risque de surdosage).
<b>HALOFANTRINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.
<b>IMMUNOSUPPESSEURS</b>	Augmentation très importante des concentrations sanguines de l'immunosuppresseur.
<b>IRINOTECAN</b>	Risque de majoration des effets indésirables de l'irinotécan.
<b>MIDAZOLAM</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de midazolam, avec majoration de la sédation.
<b>LERCANIDIPINE</b>	Risque majoré d'effets indésirables (oedèmes).
<b>LUMEFANTRINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointes).
<b>OXYCODONE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de l'oxycodone.
<b>QUINIDINE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, d'acouphènes et de diminution de l'acuité auditive.
<b>RIFAMPICINE</b>	Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des deux anti-infectieux.
<b>RIVAROXABAN</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de rivaroxaban (majoration du risque de saignement).
<b>TAMSULOSINE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la tamsulosine.
<b>TOLTERODINE</b>	Augmentation des concentrations de toltérodine (risque de surdosage).
<b>VINCA-ALCALOÏDES CYTOTOXIQUES</b>	Majoration de la neurotoxicité de l'antimitotique.

Précautions d'emploi	
<b>ANTICONVULSIVANTS</b>	Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité de l'itraconazole.
<b>ALFENTANIL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique.
<b>ANTAGONISTES DES CANAUX CALCIQUES</b>	Majoration des effets indésirables de l'antagoniste des canaux calciques (hypotension).
<b>ANTIVITAMINES K</b>	Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique.
<b>BORTEZOMIB</b>	Risque de majoration des effets indésirables du bortezomib.
<b>CABAZITAXEL</b>	Risque de majoration des effets indésirables du cabazitaxel.
<b>BUPRENORPHINE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la buprénorphine.
<b>DARIFENACINE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la darifénacine.
<b>DIGOXINE</b>	Augmentation de la digoxinémie avec nausées, vomissements, troubles du rythme.
<b>DOCETAXEL</b>	Risque de majoration des effets indésirables dose-dépendants du docétaxel.
<b>FENTANYL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>HYDROQUINIDINE</b>	Risque d'acouphènes et de diminution de l'acuité auditive.
<b>INHIBITEURS DES TYROSINE KINASES</b>	Risque de majoration des effets indésirables de l'inhibiteur de tyrosine kinase.
<b>IVACAFTOR</b>	Augmentation des concentrations d'ivacaftor, (majorations des effets indésirables).
<b>QUININES</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la quinine (troubles du rythme ventriculaire et troubles neurosensoriels).
<b>SOLIFENACINE</b>	Augmentation des concentrations de solifénacine, avec risque de surdosage.
<b>SUFENTANIL</b>	Augmentation de l'effet dépresseur respiratoire de l'analgésique opiacé.
<b>VERAPAMIL</b>	Bradycardie et/ou troubles de la conduction auriculo-ventriculaire.

A prendre en compte	
<b>ANTISÉCRÉTOIRE ANTIHISTAMINIQUES H2</b>	Diminution de l'absorption de l'azolé antifongique.
<b>ANTISÉCRÉTOIRE INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS</b>	Diminution de l'absorption de l'azolé antifongique.
<b>AUTRES CORTICOÏDES, NOTAMMENT INHALÉS</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques du corticoïde.
<b>DEXAMETHASONE</b>	Augmentation des concentrations plasmatiques de la dexaméthasone, avec risque d'apparition d'un syndrome cushingoïde.
<b>SUBSTRATS À RISQUE DU CYP3A4</b>	Majoration des effets indésirables propres à chaque substrat, avec conséquences souvent sévères.
<b>VENLAFAXINE</b>	Augmentation des concentrations de venlafaxine avec risque de surdosage.
<b>ZOLPIDEM</b>	Légère augmentation des effets sédatifs du zolpidem.
<b>ZOPICLONE</b>	Légère augmentation des effets sédatifs du zopiclone.

**Tableau 22 : Interactions médicamenteuses du l'itraconazole (d'après ANSM, 2015)**

Contre indications et précautions d'emploi :

DCI	Contre-indications
<b>Amphotéricine B</b>	Hypersensibilité à l'amphotéricine B.  A noter : → Propriétés hypokaliémiantes → Néphrotoxique
<b>Nystatine</b>	Hypersensibilité à la nystatine. Intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (présence de saccharose).
<b>Miconazole</b>	Hypersensibilité au miconazole.
<b>Fluconazole</b>	Hypersensibilité au fluconazole. Grossesse et allaitement.
<b>Itraconazole</b>	Hypersensibilité à l'itraconazole. Grossesse et allaitement.  A noter : → Inhibiteur puissant du CYP34
<b>Ciclopirox olamine</b>	Hypersensibilité à l'un des composants. Grossesse.

**Tableau 23 : Contre-indications des antifongiques ayant une indication en odontologie (d'après ANSM, 2015)**



### CE QU'IL FAUT RETENIR : ANTIFONGIQUES

	Posologie	Précautions d'emploi
Traitement local (topique) Miconazole Daktarin ©	2 applications quotidiennes. Pendant 7 à 15 jours.	Ne pas prescrire en cas d'hypersensibilité à la molécule. Le miconazole peut être prescrit chez la femme enceinte ou allaitante.
Traitement systémique FLUCONAZOLE Triflucan ©	100mg / jour	CONTRE INDICATIONS
		ASSOCIATIONS DECONSEILLEES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pimozide</li> <li>- Grossesse et allaitement</li> <li>- Colchicine</li> <li>- Halofantrine</li> <li>- Midazolam</li> <li>- Rifampicine</li> </ul>

Généralités sur l'herpès labial : (Benyahya, 2013)

La poussée d'herpès labial, ou « bouton de fièvre », est due à un Herpes Simplex Virus (HSV1). Après une première infection (primo-infection), qui passe souvent inaperçue, il reste latent dans l'organisme. Plusieurs facteurs favorisant peuvent le réactiver : exposition solaire, fièvre, règles, stress, fatigue. Cliniquement, le patient présente d'abord une sensation de brûlure, et une rougeur localisée, à cheval sur la lèvre (prodromes). Puis, des vésicules transparentes, contenant un liquide clair, apparaissent. Lorsque ces vésicules éclatent, elles laissent place à des croûtes. L'herpès labial guérit généralement spontanément en 8 à 10 jours.

Traitement :

Dans la plupart des cas, le traitement est local. L'application topique de pommade ne guérit pas l'infection mais permet de diminuer la charge virale.

- Aciclovir (crème à 5%) : à appliquer sur la lésion 4 à 5 fois par jour.

Chez les patients décrivant plus de 6 poussées par an, ainsi que chez les patients immunodéprimés, on pourra prescrire un traitement général :

- Aciclovir (comprimés de 200mg) : 4 comprimés par jour, répartis en 2 prises.

Interactions médicamenteuses :

L'association avec d'autres médicaments néphrotoxiques est à prendre en compte, en raison du risque de majoration de la néphrotoxicité (ANSM, 2015).

Contre indications :

Hypersensibilités à l'aciclovir ou à l'un des excipients.

En traitement systémique, l'utilisation de l'aciclovir ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Le traitement systémique est contre indiqué pendant l'allaitement (Thériaque, 2015).

CE QU'IL FAUT RETENIR : ACICLOVIR

Par voie topique : pommade à 5%, 4 à 5 applications / jour, sur la lésion.

Par voie générale : 4 comprimés de 200mg / jour pendant plusieurs mois.

#### 1.3.1.6. Correcteurs des hyposialies

L'hyposialie correspond à une diminution de fabrication de salive par les glandes salivaires. Ce trouble de la sécrétion salivaire provoque une rougeur des muqueuses buccales ; de plus, notre miroir va coller à leurs contacts. Afin de visualiser l'état du parenchyme salivaire, on peut avoir recours à la sialographie : elle nous permettra de déterminer s'il reste des cellules capables de produire de la salive.

Les causes de l'hyposialie sont multiples, on en compte 3 principales (Arpin et coll., 2005) :

- irradiation des voies aériennes supérieures : si elle est supérieure à 60 Gray, l'hyposialie sera définitive.
- médicaments anticholinergiques : neuroleptiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, antihistaminiques...
- pathologie auto-immune : Syndrome de Gougerot-Sjögren.

Le traitement symptomatique visera à provoquer la sécrétion de salive ou à remplacer la salive.

On distingue 3 types de traitement (Wilk et Kahn, 2008) :

- sialogogues :
  - Anétholtrithione (Sulfarlem) : 1 à 2 comprimés de 25mg, 3 fois par jour. Il est contre indiqué en cas d'obstruction des voies biliaires et chez les patients présentant une allergie au blé.
  - Pilocarpine (Salagen) : 1 comprimé de 5mg, 3 fois par jour. Elle est contre indiqué en cas d'hypersensibilité à la pilocarpine, d'asthme non contrôlé, d'iridocyclite (inflammation de l'iris) et de glaucome à angle fermé. Des interactions médicamenteuses sont à noter, avec :

DCI	Effet de l'interaction
Associations déconseillées	
<b>FINGOLIMOD</b>	Potentialisation des effets bradycardisants.
Précautions d'emploi	
<b>MEDICAMENTS SUSCEPTIBLES DE DONNER DES TORSADES DE POINTES</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.
A prendre en compte	
<b>ANTICHOLINESTERASIQUES</b>	Risque d'addition des effets indésirables cholinergiques.
<b>BRADYCARDISANTS</b>	Risque de bradycardie excessive.

**Tableau 24 : Interactions médicamenteuses de la pilocarpine (d'après vidal.fr, 2015)**

- salives de remplacement :
  - o Artisial : 6 à 8 pulvérisations par jour.
- lubrifiants buccaux
  - o Triesters de glycérol oxydés (Aequasyal)

### CE QU'IL FAUT RETENIR : HYPOSIALIES

Traitements provoquant la production de salive (sialogogues)

- Anétholtrithione (Sulfarlem ©)
  - 3 comprimés de 25mg par jour
  - Ne pas prescrire en cas d'obstruction des voies biliaires ou d'allergie au blé.
- Pilocarpine (Salagen ©)
  - 3 comprimés de 5mg par jour
  - Association déconseillée avec le Fingolimod
  - Ne pas prescrire en cas d'hypersensibilité à la pilocarpine, d'asthme non contrôlé, d'iridocyclite et de glaucome à angle fermé

Traitements remplaçant la salive

- Salive de remplacement (Artisial ©)
  - 6-8 pulvérisations par jour
- Lubrifiant buccal (Aequasyal ©)
  - 3-4 pulvérisations par jour

### 1.3.1.7. Prémédications

#### Médicament antiémétique (Casamajor et Descroix, 2009)

Afin de diminuer les nausées et les vomissements pouvant survenir lors de nos soins (empreintes, adaptation d'une prothèse amovible), nous pouvons être amenés à prescrire des antiémétiques.

Ces substances agissent sur l'anxiété préopératoire ; ils doivent être pris 30 minutes à une heure avant les soins afin d'être efficaces. Plusieurs molécules sont à notre disposition en odontologie : l'alizapride, le dompéridone, le métoclopramide et le métopimazine.

En raison de leur action sédatrice, il faudra prévenir le patient qu'une altération de la vigilance est possible (sommolence, étourdissements). Cela peut rendre dangereuse la conduite de véhicules et l'utilisation de machines.

#### Posologie

DCI	Nom commercial	Présentation	Posologie
<b>Alizapride</b>	Plitican	Comprimé 50mg	1 comprimé, 2 à 4 fois par jour.
<b>Dompéridone</b>	Motilium	Comprimé 10mg Solution buvable (flacon de 200mL)	1 comprimé ou 2 cuillères à café (soit 10 ml) de suspension buvable, 1 à 3 fois par jour.
<b>Métoclopramide</b>	Primperan	Comprimé 10mg	1/2 à 1 comprimé, 3 fois par jour.
<b>Métopimazine</b>	Vogalene	Gélule 15mg	1 gélule, 1 ou 2 fois par jour.

Tableau 25 : Posologie des antiémétiques ayant une indication en odontologie (d'après [vidal.fr](http://www.vidal.fr), 2015)

## Interactions médicamenteuses

### Pour l'Alizapride, le Métoclopramide, le Métopimazine :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre-indiquées</b>	
<b>DOPAMINERGIQUES</b>	Antagonisme réciproque entre le dopaminergique et le neuroleptique.
<b>LEVODOPA</b>	Antagonisme réciproque entre la lévodopa et le neuroleptique.
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif de ces substances. Altération de la vigilance.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>LITHIUM</b>	Risque d'apparition de signes évocateurs d'une intoxication au lithium.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>ANTIHYPERTENSEURS</b>	Majoration du risque d'hypotension, notamment orthostatique.
<b>BÉTA-BLOQUANTS</b>	Effet vasodilatateur et risques d'hypotension, notamment orthostatique.
<b>DÉRIVÉS NITRÉS ET APPARENTÉS</b>	Majoration du risque d'hypotension, notamment orthostatique.
<b>AUTRES MÉDICAMENTS SÉDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale. Altération de la vigilance.

Tableau 26 : Interactions médicamenteuses de l'alizapride, du métoclopramide et du métopimazine (d'après [vidal.fr](http:// Vidal.fr), 2015)

### Pour le Dompéridone :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations contre-indiquées</b>	
<b>MÉDICAMENTS TORSADOGÈNES</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointe).
<b>METHADONE</b>	
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANAGRELIDE</b>	Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointe).
<b>AZITHROMYCINE</b>	
<b>BÉTA-BLOQUANTS</b>	
<b>BRADYCARDISANTS</b>	
<b>CIPROFLOXACINE</b>	
<b>CLARITHROMYCINE</b>	
<b>HYPOKALIÉMIANTS</b>	
<b>LEVOFLOXACINE</b>	
<b>NORFLOXACINE</b>	
<b>ONDANSÉTRON</b>	
<b>ROXITHROMYCINE</b>	

Tableau 27 : Interactions médicamenteuses du dompéridone (d'après ANSM, 2015)

Contre-indications et précautions d'emploi :

DCI	Contre-indications
<b>Alizapride</b>	<p>Hypersensibilités à l'alizapride            Patients présentant des dyskinésies aux neuroleptiques            Patients porteurs phéochromocytome            Grossesse</p> <p>A noter :            → Action sédatrice            → Neuroleptique            → Peut entraîner une hypotension orthostatique</p>
<b>Dompéridone</b>	<p>Hypersensibilités au dompéridone            Insuffisance hépatique modérée ou sévère            Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque            Hémorragie, obstruction mécanique ou perforation gastro-intestinale            Patient souffrant d'une tumeur hypophysaire à prolactine (prolactinome)            Allaitement</p> <p>A noter :            → Torsadogène            → A éviter pendant la grossesse</p>
<b>Métoclopramide</b>	<p>Hypersensibilités au métoclopramide            Hémorragie, obstruction mécanique ou perforation gastro-intestinale            Phéochromocytome            Antécédents de dyskinésie aux neuroleptiques            Epilepsie            Maladie de Parkinson            Antécédents de méthémoglobinémie avec le métoclopramide</p> <p>A noter :            → A éviter en fin de grossesse et pendant l'allaitement            → Action sédatrice            → Neuroleptique            → Méthémoglobinisant</p>
<b>Métopimazine</b>	<p>Hypersensibilités au métopimazine            Intolérance au gluten ou au blé            Glaucome à angle fermé            Rétention urinaire ou troubles uréthro-prostatiques</p> <p>A noter :            → Action sédatrice            → Neuroleptique            → Médicament atropinique            → Peut entraîner une hypotension orthostatique</p>

**Tableau 28 : Contre indications des antiémétiques ayant une indication en odontologie (d'après vidal.fr, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : ANTIEMETIQUES

Molécule	Nom commercial	Posologie	Contre indications	Contre indications médicamenteuses	ASDEC
Alizapride	Plitican	1cp de 50mg	Hypersensibilité Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dopaminergiques</li> <li>- Levodopa</li> </ul>	Alcool
Métopimazine	Vogalene	1gel de 15mg	Hypersensibilité Intolérance au gluten ou au blé		
Métoclopramide	Primperan	1cp de 10mg	Hypersensibilité Hémorragie, obstruction ou perforation gastro-intestinale Epilepsie Maladie de Parkinson		
Dompéridone	Motilium	1cp de 10mg	Hypersensibilités Insuffisance hépatique Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque Hémorragie, obstruction ou perforation gastro-intestinale Allaitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Torsadogènes</li> <li>- Méthadone</li> </ul>	X

→ A prendre 1 heure avant les soins



### Prémédication sédatrice / anxiolytique

D'après Nicolas et coll, en France, en 2007, 13,5 % des patients présentent une anxiété modérée ou sévère face aux soins de chirurgie dentaire. Cette anxiété se manifeste par un état de malaise et une agitation. La prescription de médicament sédatif va permettre de réduire la vigilance du patient, en conservant ses possibilités de réponses verbales, et de réactions motrices, alors que ses réflexes de protection des voies aériennes supérieures restent intégralement préservés. Afin de faciliter nos soins, il est déterminant d'assurer le confort physique et psychique de nos patients. Cependant, il faut noter qu'il existe une grande variabilité individuelle d'efficacité et d'effets indésirables (Descroix et Yasukawa, 2005).

La prescription commencera la veille de l'intervention et se poursuivra 1h avant l'intervention.

En raison de leur action sédatrice, il faudra prévenir le patient qu'une altération de la vigilance est possible (sommolence, étourdissements). Cela peut rendre dangereuse la conduite de véhicules et l'utilisation de machines.

### Posologie

Il existe 2 classes de médicaments de sédation correspondant à notre pratique quotidienne en cabinet de ville : les benzodiazépines (Alprazolam, Lorazepam, Oxazepam, Diazepam) et les antihistaminiques (Hydroxyzine). Les carbamates (Méprobamate) ont été retirés du marché en 2012, en France, pour raison de pharmacovigilance.

DCI	Nom commercial	Présentation	Posologie
<b>Alprazolam</b>	Xanax	Comprimé 0,25, 0,5 et 1 mg	1 à 2 mg par jour. La dose minimale efficace est toujours recherchée.
<b>Lorazepam</b>	Temesta	Comprimé 1 et 2,5 mg	2 à 7,5 mg par jour. La dose minimale efficace est toujours recherchée.
<b>Oxazepam</b>	Seresta	Comprimé 10 et 50 mg	20 à 60 mg par jour. La dose minimale efficace est toujours recherchée.
<b>Diazepam</b>	Valium	Comprimé 2, 5 et 10 mg	5 à 20 mg par jour. La dose minimale efficace est toujours recherchée.
<b>Hydroxyzine</b>	Atarax	Comprimé 20 mg Sirop	Cp : 50 à 100 mg par jour. Sirop : 15 à 60 ml par jour.

Tableau 29 : Posologie des anxiolytiques ayant une indication en odontologie (d'après [vidal.fr](http://www.vidal.fr), 2015)

## Interactions médicamenteuses

### Pour l'Alprazolam, le Lorazepam et l'Oxazepam :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif de ces substances. Altération de la vigilance.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>BARBITURIQUES</b>	Risque majoré de dépression respiratoire.
<b>BUPRENORPHINE</b>	
<b>CLOZAPINE</b>	
<b>MORPHINIQUES</b>	
<b>AUTRES SÉDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale. Altération de la vigilance.

Tableau 30 : Interactions médicamenteuses de l'alprazolam, du lorazepam et de l'oxazepam (d'après ANSM, 2015)

### Pour le Diazepam :

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif de ces substances. Altération de la vigilance.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>CIMETIDINE</b>	Risque accru de somnolence.
<b>PHÉNYTOÏNE</b> <b>FOSPHÉNYTOÏNE</b>	Variations imprévisibles : les concentrations plasmatiques de phénytoïne peuvent augmenter, avec signes de surdosage, mais aussi diminuer ou rester stables.
<b>STIRIPENTOL</b>	Risque de surdosage.
<b>A prendre en compte</b>	
<b>BARBITURIQUES</b>	Risque majoré de dépression respiratoire.
<b>BUPRENORPHINE</b>	Risque majoré de dépression respiratoire.
<b>BUSPIRONE</b>	Risque de majoration des effets indésirables de la buspirone.
<b>CISAPRIDE</b>	Majoration transitoire de l'effet sédatif du diazepam.
<b>CLOZAPINE</b>	Risque accru de collapsus avec arrêt respiratoire et / ou cardiaque.
<b>MORPHINIQUES</b>	Risque majoré de dépression respiratoire.
<b>AUTRES MÉDICAMENTS SÉDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale. Altération de la vigilance.

Tableau 31 : Interactions médicamenteuses du diazepam (d'après ANSM, 2015)

**Pour l'Hydroxyzine :**

DCI	Effet de l'interaction
Associations déconseillées	
<b>CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	Majoration par l'alcool de l'effet sédatif de ces substances.
A prendre en compte	
<b>MÉDICAMENTS ATROPINIQUES</b>	Addition des effets indésirables atropiniques à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche.
<b>MÉDICAMENTS SÉDATIFS</b>	Majoration de la dépression centrale. Altération de la vigilance.

**Tableau 32 : Interactions médicamenteuses de l'hydroxyzine d'après ANSM, 2015)**

Contre-indications et précautions d'emploi :

DCI	Contre-indications
<b>Alprazolam Lorazepam Oxazepam Diazepam</b>	<p>Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des constituants                      Insuffisance respiratoire sévère                      Syndrome d'apnée du sommeil                      Insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique                      Myasthénie</p> <p>A noter :                      → Ces molécules sont des benzodiazépines et ont une action sédatif.                      → Administration déconseillée pendant l'allaitement</p>
<b>Hydroxyzine</b>	<p>Hypersensibilité à l'un des constituants du médicament                      Glaucome à angle aigu                      Rétention urinaire, trouble uréthro-prostatique                      Porphyrie                      Allongement de l'intervalle QT</p> <p>A noter :                      → L'hydroxyzine est un médicament atropinique, torsadogène, et ayant également une action sédatif.                      → Administration déconseillée pendant l'allaitement</p>

**Tableau 33 : Contre indications des anxiolytiques ayant une indication en odontologie (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : ANXIOLYTIQUES

<b>Molécule</b>	<b>Nom commercial</b>	<b>Posologie</b>	<b>Contre indications</b>	<b>ASDEC</b>
Alprazolam	Xanax	1 cp de 1 mg	Hypersensibilité Insuffisance respiratoire et hépatique sévère Apnée du sommeil Myasthénie	Alcool
Diazepam	Valium	1 cp de 10mg		
Lorazepam	Temesta	2 cp de 2,5mg		
Oxazepam	Seresta	1 cp de 50 mg		
Hydroxyzine	Atarax	3 cp de 20mg	Hypersensibilité Glaucome à angle aigu Rétention urinaire, trouble uréthro-prostatique Porphyrie Allongement de l'intervalle QT	

→ A prendre 1 heure avant les soins

### 1.3.2. Anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux sont des substances chimiques capables d'abolir temporairement le fonctionnement des terminaisons et des fibres nerveuses au voisinage ou au contact desquels ils sont amenés.

#### Classification

Il existe 2 types d'anesthésiques :

- ceux possédant une fonction amide (lidocaïne, articaïne et mépivacaïne),
- ceux possédant une fonction ester (procaïne) : ils ne sont utilisés que pour les patients souffrant de porphyrie.

Leur utilisation peut se faire par contact, par infiltration ou en locorégional :

- l'anesthésie de contact consiste à masser doucement la zone, dans le cas de traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. On peut aussi y avoir recours avant une exploration instrumentale (drainage d'un abcès).
- l'anesthésie par infiltration consiste à déposer à proximité du nerf à endormir, grâce à une aiguille, la molécule d'anesthésie.
- l'anesthésie locorégionale (tronculaire) consiste à infiltrer un tronc nerveux pour obtenir l'anesthésie de son territoire.

Ils peuvent être associés ou non à des vasoconstricteurs :

- épinéphrine (adrénaline),
- norépinéphrine (noradrénaline).

Ces deux molécules sont semblables aux hormones sécrétées physiologiquement par l'organisme. Le dosage de ces substances au sein des carpules d'anesthésiques locaux est exprimé sous forme d'un ratio (1/25000, 1/80000, 1/10000 et 1/200000), correspondant à une quantité de vasoconstricteur en microgramme pour un millilitre de solution d'anesthésique (Descroix, 2006).

Ils permettent de ralentir le passage de la molécule d'anesthésique dans la circulation générale et assure ainsi le maintien prolongé d'une concentration tissulaire active. Ils permettent également d'obtenir un champ opératoire peu hémorragique.

## Posologie

DCI	Utilisation	Noms commerciaux	Posologie
<b>Lidocaïne</b>	Contact	Dynexan 1%, 2%  Xylocaïne visqueuse 2%	Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum, soit 40 mg de lidocaïne.  1 cuillère à café (soit 10 ml ou 200 mg) ou 1 cuillère à soupe (soit 15 ml ou 300 mg) au moment des douleurs, sans dépasser 3 prises par jour.
	Infiltration Locorégionale	Xylocaïne 5, 10, 20 mg/mL	En anesthésie locale par infiltration : La dose maximale est de 200 mg. En anesthésie régionale (tronculaire) : La dose maximale est de 400 mg.
<b>Articaïne</b>	Infiltration Locorégionale	Deltazine 40 mg/mL Septanest 40 mg/mL Alphacaïne Articadent Artinibsa Primacaïne Ubistesin	A adapter en fonction de l'importance de l'intervention. En règle générale, une à trois cartouches par séance sont nécessaires. La dose de 7 mg/kg de poids ne doit pas être dépassée.
<b>Mépivacaïne</b>	Infiltration Locorégionale	Carbocaïne 10, 20 mg/mL Scandonest 30 mg/mL	A adapter en fonction de l'importance de l'intervention. La dose maximale est de 400 mg.
<b>Procaïne</b>	Infiltration Locorégionale	Procaïne Lavoisier 10, 20 mg/mL	En anesthésie locale par infiltration : La dose maximale est de 600 mg. En anesthésie régionale (tronculaire) : La dose maximale est de 400 mg.

**Tableau 34 : Posologie des anesthésiques locaux utilisés en odontologie (d'après [vidal.fr](http://www.vidal.fr), 2015)**

### Interactions médicamenteuses

Les interactions connues des anesthésiques de contact ne concernent pas l'utilisation par voie locale sur la muqueuse de la cavité buccale.

Les tableaux suivants ne concernent donc que les anesthésies par infiltration ou locorégionales.

La lidocaïne possède des interactions médicamenteuses résumées dans le tableau ci dessous. Les autres molécules anesthésiques (articaïne, mépivacaïne, procaïne), lorsqu'elles sont utilisées seules (sans adrénaline ni noradrénaline), ne présentent pas d'interaction médicamenteuse.

Les interactions médicamenteuses concernant l'adrénaline et la noradrénaline sont résumées dans le tableau ci dessous également (Madrid et coll., 2003).

**Pour la lidocaïne :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>AUTRES ANTIARYTHMIQUES</b>	L'association de deux antiarythmiques est déconseillée.
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>AMIODARONE</b>	Risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de lidocaïne.
<b>BÊTA-BLOQUANTS (SAUF ESMOLOL)</b>	
<b>CIMETIDINE</b>	
<b>FLUVOXAMINE</b>	
<b>A prendre en compte</b>	
<b>BÊTA-BLOQUANTS DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE</b>	Effet inotrope négatif avec risque de décompensation cardiaque.

**Tableau 35 : Interactions médicamenteuses de la lidocaïne (d'après ANSM, 2015)**

**Pour l'adrénaline :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>ANESTHÉSIFIQUES VOLATILS HALOGÉNÉS</b>	Troubles du rythme ventriculaire graves par augmentation de l'excitabilité cardiaque.
<b>ANTIDÉPRESSEURS IMIPRAMINIQUES</b>	
<b>IMAO NON SÉLECTIFS</b>	
<b>MÉDICAMENTS MIXTES ADRÉNERGIQUES-SÉROTONINERGIQUES</b>	

**Tableau 36 : Interactions médicamenteuses de l'adrénaline (d'après ANSM, 2015)**

**Pour la noradrénaline :**

DCI	Effet de l'interaction
<b>Associations déconseillées</b>	
<b>ANESTHÉSIIQUES VOLATILS HALOGÉNÉS</b>	Troubles du rythme ventriculaire graves par augmentation de l'excitabilité cardiaque.
<b>ANTIDÉPRESSEURS IMIPRAMINIQUES</b>	Hypertension paroxystique avec possibilité de troubles du rythme.
<b>MÉDICAMENTS MIXTES ADRÉNERGIQUES-SÉROTONINERGIQUES</b>	
<b>Précautions d'emploi</b>	
<b>IMAO IRREVERSIBLES</b> <b>IMAO-A REVERSIBLES</b>	Augmentation de l'action pressive du sympathomimétique, le plus souvent modérée.

**Tableau 37 : Interactions médicamenteuses de la noradrénaline (d'après ANSM, 2015)**

Contre-indications et précautions d'emploi :

DCI	Contre-indications
<b>Lidocaïne</b>	Hypersensibilité à la lidocaïne ou aux anesthésiques à liaison amide Porphyrie  A noter : A utiliser avec précautions chez les patients épileptiques non traités, ou souffrant de troubles du rythme cardiaque graves.
<b>Articaïne</b> <b>Mépipivacaïne</b>	Hypersensibilité à la molécule ou aux anesthésiques à liaison amide Porphyrie Troubles de la conduction cardiaque sévères et non appareillés Epilepsie non contrôlée
<b>Procaïne</b>	Hypersensibilité à la procaïne ou aux anesthésiques à liaison ester Troubles de la conduction cardiaque sévères et non appareillés Epilepsie non contrôlée Terrain allergique (asthme, urticaire, rhume des foins) Déficit en cholinestérase, traitement par anticholinestérasiques
<b>Adrénaline</b> <b>Noradrénaline</b>	Phéochromocytome Consommation de cocaïne dans les dernières 24 heures Patients sous Digoxine Os irradié au-delà de 40 Gy Diabète Hypertension artérielle Troubles du rythme cardiaque Fibrillation auriculaire

} Si non équilibrés

**Tableau 38 : Contre-indications des anesthésiques locaux et des vasoconstricteurs utilisés en infiltration en odontologie (d'après vidal.fr, 2015)**



CE QU'IL FAUT RETENIR : ANESTHESIQUES & VASOCONSTRICTEURS

→ **Pas d'anesthésie en cas d'épilepsie non traitée**

Fonction amide :

- Articaine : molécule la plus utilisée
- Mèpivacaïne : à utiliser lorsque les vasoconstricteurs sont contre indiqués
- Lidocaïne : association déconseillée avec un autre antiarythmique

Fonction ester :

- Procaïne : à utiliser pour les patients souffrant de porphyrie

→ **Préférer l'adrénaline en tant que vasoconstricteur**

Pas de vasoconstricteurs dans les cas suivants :

- consommation de cocaïne récente (24 heures)
- diabète non équilibré
- trouble du rythme cardiaque, fibrillation auriculaire, hypertension artérielle non équilibrés
- patient sous Digoxine

## 2. Médicaments prescrits lors des affections longues durées

### 2.1. Qu'est-ce qu'une Affection Longue Durée (ALD) ?

Une affection longue durée (ALD) exonérante est une pathologie chronique, évolutive, souvent invalidante et la plupart du temps associée à des complications graves. De ce fait, elle justifie la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des soins en rapport avec elle ; les patients bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour ceux-ci.

Le ticket modérateur, pour une personne n'ayant pas d'ALD, correspond à la part des frais qui reste à la charge de l'assuré, après l'intervention de son Régime Obligatoire sur la base de remboursement.

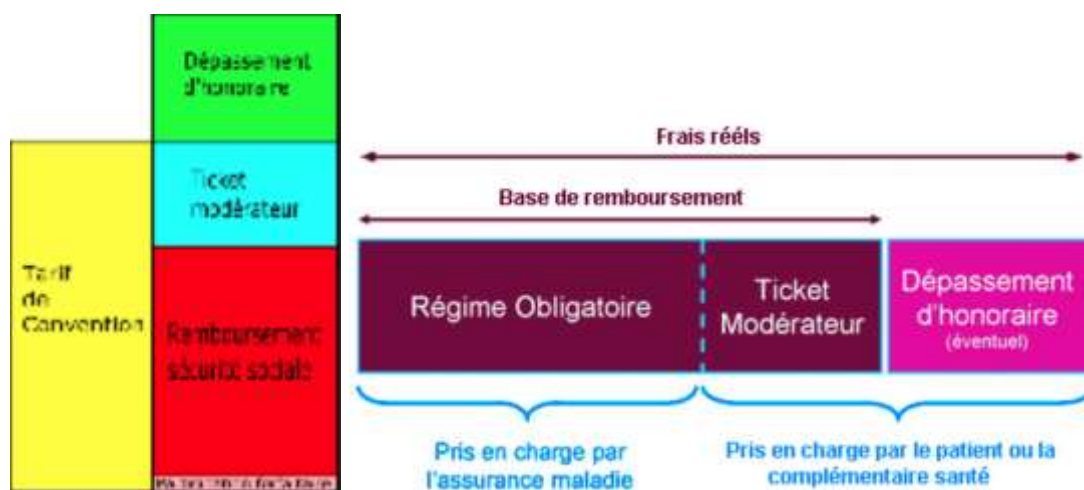


Figure 2 : Remboursement des frais de santé en France (www.ameli.fr, 2016)

Ainsi, le prescripteur utilise des ordonnances bizones, afin de distinguer les prescriptions en rapport avec une ALD exonérante de celles qui ne le sont pas.

Elle comporte :

- une partie haute : pour les soins en rapport avec l'ALD. Ils seront pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.
- une partie basse : pour les soins sans rapport avec l'ALD. Ils seront remboursés aux taux habituels de la Sécurité Sociale.

Les ALD exonérantes peuvent être de trois types :

- les ALD inscrites sur la liste des ALD 30 : la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place des fiches décrivant précisément les traitements pharmacologiques remboursés à 100% par l'Assurance Maladie, pour chaque affection. Ce sont ces fiches qui nous ont permis d'établir les médicaments présents dans chaque pathologie.
- les affections hors liste (ALD 31) : elles concernent les patients atteints d'une forme grave, évolutive ou invalidante d'une pathologie ne figurant pas sur la liste des ALD de l'article L.322.3 du Code de la Santé Sociale, mais nécessitant des soins continus et coûteux, d'une durée supérieure à 6 mois.  
Exemple : une forme évolutive de la maladie de Paget, ulcère chronique.
- les polyopathologies invalidantes (ALD 32) : elles concernent les patients atteints de plusieurs pathologies entraînant une invalidité et nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à 6 mois.  
Exemple : un patient de 90 ans souffrant à la fois de polyarthrose, de troubles de la marche, d'incontinence urinaire et de tremblements essentiels.

Les patients avec une ALD peuvent également bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les actes de chirurgie dentaire, si ceux-ci sont en rapport avec leur pathologie. Il peut alors y avoir 3 cas de figures :

- les troubles bucco-dentaires sont en rapport avec la pathologie : par exemple, un patient infecté par le VIH peut souffrir de gingivopathie ou de parodontopathie.
- les troubles bucco-dentaires sont en rapport avec le traitement de la pathologie : les traitements psychotropes peuvent entraîner une asialie.
- les actes sont imposés par le traitement de la pathologie : le traitement des cancers des voies aérodigestives supérieures nécessite des soins bucco-dentaires avant l'irradiation de la zone.

La seconde partie de ce travail a été élaborée à partir des fiches « Actes et Prestations » de chaque ALD, disponibles sur le site internet de la HAS (2013).

Nous avons considéré les pathologies présentes sur la liste des « Affections Longue Durée – hors maladies rares ». Par exemple, l'ALD 21 « Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive » étant considérée comme une maladie rare, elle n'a pas été traitée. L'ALD 30 « Tumeurs malignes » sera également écartée.

## 2.1. ALD 1 : Accident vasculaire cérébral

### 2.1.1. Généralités

L'accident vasculaire cérébral (AVC) correspond à l'obstruction ou à la rupture d'un vaisseau sanguin d'une région du cerveau. L'arrêt de l'irrigation cérébrale entraîne la nécrose des cellules nerveuses, alors privées d'oxygène (Woimant, 2002).

Il existe 2 types d'accident vasculaire cérébral :

- l'AVC ischémique (infarctus cérébral) :
  - o thrombose cérébrale (due à une plaque d'athérosclérose),
  - o embolie cérébrale (due à un caillot de sang, formé la plupart du temps, au niveau du cœur ou des carotides, puis transporté par la circulation sanguine).
- l'AVC hémorragique : hémorragie cérébrale (due à une rupture d'anévrisme ou à un traumatisme).

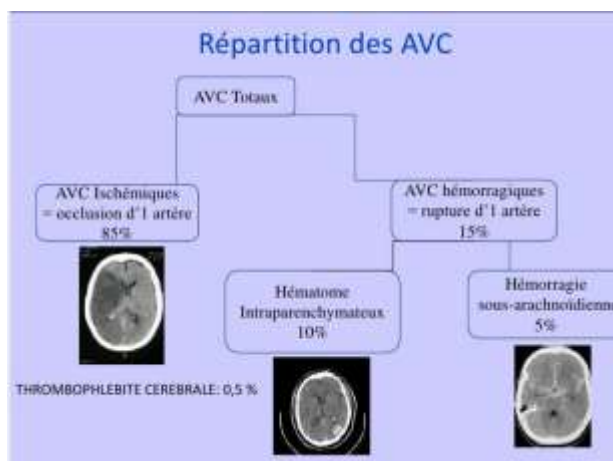


Figure 3 : Répartition des AVC (Hamon et Marc, 2010)

Les facteurs de risque de l'AVC sont ceux communs à toutes les maladies cardiovasculaires : tabagisme, diabète, hypertension artérielle, cholestérol, obésité et surpoids, sédentarité, consommation d'alcool.

Les séquelles d'un accident vasculaire cérébral sont très variables. En effet, elles dépendent de la région cérébrale atteinte et des fonctions qu'elle dirige. Les patients pourront alors avoir des problèmes pour écrire et parler, des troubles de la mémoire ou une paralysie plus ou moins invalidante.

Au 31 Décembre 2013, en France, 358 800 patients étaient en ALD pour des antécédents d'accident vasculaire cérébral.



Antiépileptiques	<p>Acide valproïque Carbamazépine Benzodiazépines : - Clobazam - Clonazépam Eslicarbazépine Ethosuximide Felbamate Gabapentine Lacosamide Lamotrigine Levetiracetam Oxcarbazépine Pérampanel Barbituriques : - Phénobarbital - Primidone Hydantoïne : - Phénytoïne Pregabaline Retigabine Rufinamide Tiagabine Topiramate Vigabatrin Zonisamide</p>	<p>Depakine, Micropakine Tegretol</p> <p>Urbanyl Rivotril Zebinix Zarontin Taloxa Neurontin Vimpat Lamictal Kepra Trileptal Fycompa</p> <p>Alepsal, Gardenal, Kaneuron Mysoline</p> <p>Di-hydan, Dilantin Lyrica Trobalt Inovelon Gabitril Epitomax Sabril Zonegran</p>	En cas de crises comitiales sur avis spécialisé
Corticoïdes	<p>Bétaméthasone Prednisolone Prednisone</p>	<p>Betnesol, Celestene Solupred Cortancyl</p>	Si infiltration (syndrome épaule-main)
<p>Antalgiques - non opioïdes - opioïdes faibles - opioïdes forts</p>	<p>Non opioïdes : - Floctafénine - Paracétamol</p> <p>- Acide acétylsalicylique + lysine</p> <p>Opioïdes faibles : - Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</p> <p>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène - Dihydrocodéine</p> <p>- Tramadol + paracétamol</p> <p>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</p>	<p>Idarac Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof</p> <p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene Dicodin</p> <p>Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zalciar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	<p>Douleurs d'algodystrophie, ou liées à des troubles posturaux, des tassements ostéoporotiques Douleurs d'escarre</p>

	Morphiniques : Fentanyl Hydromorphone Morphine  Oxycodone Péthidine	Abstal, Actiq, Breakyl, Effentora, Recivit Sophidone, Sevredol Actiskenan, Oramorph Oxynorm Pethidine	
Antidépresseurs imipraniques Antiépileptiques	Clomipramine Imipramine Carbamazépine Prégabaline	Anafranil Tofranil Tegretol Lyrica	Algies neuropathiques
Myorelaxants à action périphérique	Toxine botulique	Botox	Hémispasme facial, spasticité focale
Myorelaxants à action centrale	Dantrolène Baclofène Tizanidine	Dantrium Lioresal Sirdalud	Si spasticité
Médicaments de l'incontinence urinaire	Flavoxate Oxybutynine Solifénacine	Urispass Ditropan, Driptane Vesicare	Si troubles vésico- sphinctériens
Laxatifs	Bisacadyl Docusate sodique Lactitol Lactulose  Magnésium hydroxyde Mucilage  Pentaérythritol Picosulfate de sodium Polyéthylène glycol  Sorbitol	Contalax, Dulcolax Jamyline Importal Duphalac, Laxaron, Melaxose, Transulose Chlorumagene, Magnesie Karaya, Mucivital, Normacol, Psylia, Psyllium, Spagulax, Transilane Auxitrans Fructines Forlax, Macrogol, Movicol, Transipeg Hepargitol	Si constipation
Inhibiteurs des PDE5  PGE1	Avanafil Sildénafil Tadalafil Vardénafil Alprostadil Alprostadil + Alfadex	Spedra Viagra, Vizarsin Cialis Levitra Caverject, Muse Edex	Si troubles de l'érection

**Tableau 39 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral  
(d'après la HAS, 2012)**

### **2.2.3. Risque hémorragique**

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.2.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

### **2.2.5. Risque infectieux**

Les patients ayant fait un accident vasculaire cérébral font partie de la population générale face au risque infectieux. Ils ne sont pas considérés comme immunodéprimés ni à haut risque d'endocardite infectieuse ; cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

La prescription de corticoïdes (si infiltration) ne se fait pas en cure longue, elle n'entraîne donc pas d'immunodépression.

### **2.2.6. Autres risques**

Les lésions vasculaires cérébrales exposent à un risque accru de crise épileptique et d'épilepsie. De plus, le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise convulsive.

Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.



## 2.2.7. Interactions médicamenteuses

AAP	Acide acétylsalicylique	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (APEC) GLUCOCORTICOÏDES (APEC) → Majoration du risque hémorragique
	Clopidogrel	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (PE) → Majoration du risque hémorragique
Anticoagulants	Antivitamines K - warfarine - acénocoumarol - fluindione	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> PARACETAMOL (en cas de prise de paracétamol aux doses maximales (4 g/j) pendant au moins 4 jours) (PE) <b>AINS (ASDEC)</b> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> TRAMADOL (PE) GLUCOCORTICOÏDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLINDAMYCINE (PE) DOXYCYLINE (PE) MACROLIDES (SAUF SPIRAMYCINE) (PE) PRISTINAMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) ITRACONAZOLE (PE) <b>MICONAZOLE (CI)</b> → Majoration du risque hémorragique
	Anticoagulants non AVK : - dabigatran	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>AINS (ASDEC)</b> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> GLUCOCORTICOÏDES (PE) <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> → Majoration du risque hémorragique
	Anticoagulants non AVK : - apixaban - rivaroxaban	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>AINS (ASDEC)</b> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> GLUCOCORTICOÏDES (PE) <u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Majoration du risque hémorragique
Statines	Atorvastatine Fluvastatine Simvastatine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> → Risque majoré d'effets indésirables
	Pravastatine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) → Risque majoré d'effets indésirables
	Rosuvastatine	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption de certains autres médicaments ingérés simultanément.

Antalgiques - non opioïdes - opioïdes faibles - opioïdes forts	Non opioïdes : - Acide acétylsalicylique	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>AINS (ASDEC)</b> → Majoration du risque ulcérogène et hémorragique digestif  <b>GLUCOCORTICOÏDES (ASDEC)</b> → Majoration du risque hémorragique  Ne pas associer deux AINS simultanément.
	Opioïdes faibles : - Codéine - Dihydrocodéine - Tramadol  Morphiniques et apparentés : - Hydromorphone - Morphine - Péthidine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC)  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.  Ne pas associer deux antalgiques opioïdes simultanément.
	Morphiniques et apparentés : - Fentanyl - Oxycodone	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Majoration des effets indésirables propres à chaque substrat, avec conséquences souvent sévères.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.  Ne pas associer deux antalgiques opioïdes simultanément.
Médicaments de l'incontinence urinaire	Oxybutynine Solifénacine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Augmentation des concentrations de solifénacine, avec risque de surdosage.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Addition des effets indésirables atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche)

Inhibiteurs des PDE5	Sildénafil	Antibiotiques CLARITHROMYCINE (PE) JOSAMYCINE (PE) Antifongiques ITRACONAZOLE (PE) → Risque d'hypotension
	Tadalafil Vardénafil	Antibiotiques CLARITHROMYCINE (PE) Antifongiques <b>ITRACONAZOLE (PE) (CI avec vardénafil)</b> → Risque d'hypotension
	Avanafil	Antibiotiques <b>CLARITHROMYCINE (CI)</b> Antifongiques <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> → Risque d'hypotension
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave	
Antiépileptiques	Voir ALD 9 : Epilepsies graves	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents	

**Tableau 40 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de l'AVC et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque de crise d'épilepsie

## **2.2. ALD 2 : Syndromes myélodysplasiques**

### **2.3.1. Généralités**

Les syndromes myélodysplasiques correspondent à une anomalie de maturation des lignées cellulaires provenant de la moelle osseuse. Les cellules souches totipotentes indifférenciées sont présentes mais ne se différencient pas normalement en cellules sanguines (globule rouge, globule blanc ou plaquette).

Le patient présente donc un ou plusieurs des symptômes suivants (Solary et Fontenay, 2010) :

- un syndrome anémique, du à la diminution du nombre de globules rouges (fatigue, pâleur, essoufflement),
- un syndrome hémorragique, du à la diminution du nombre de plaquettes,
- un syndrome infectieux, du à la diminution du nombre de globules blancs.

L'étiologie reste la plupart du temps (85% des cas) inconnue ; on parle alors de syndromes myélodysplasiques primitifs.

Certaines circonstances favorisantes ont néanmoins été mises en avant (syndromes myélodysplasiques secondaires) :

- exposition professionnelle à des produits toxiques (benzène),
- irradiation par des rayons ionisants,
- chimiothérapie utilisant des produits alkylants.

Au 31 Décembre 2013, en France, 19 580 patients étaient en ALD pour un syndrome myélodysplasique.

### 2.3.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Chélateurs du fer	Déféroxamine (voie parentérale) Déférasirox (voie orale)	Desferal Exjade	Traitement curatif de la surcharge en fer.
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	Azacitidine	Vidaza	Traitement des SMD de « haut risque » ou chez les patients non éligibles à l'allogreffe.
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	Lénalidomide	Revlimid	Traitement d'une anémie dépendante des transfusions due à des syndromes myélodysplasiques.
G-CSF (Granulocyte-Colony Stimulating Factor)	Lénograstim Filgrastim Pegfilgrastim	Granocyte Neupogen Neulasta	Pour des courtes durées, en cas d'épisodes infectieux graves chez des patients dont la neutropénie est très importante.

**Tableau 41 : Médicaments prescrits dans le traitement des syndromes myélodysplasiques (d'après la HAS, 2013)**

### 2.3.3. Risque hémorragique

Si le patient souffre d'une anomalie de maturation des plaquettes, il faudra vérifier les valeurs de la numération de la formule plaquettaire avant un acte invasif.

Il existe un risque hémorragique si le taux de plaquettes est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup> (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### 2.3.4. Risque anesthésique

Si le patient souffre d'une anomalie de maturation des plaquettes, en raison du risque hémorragique accru, l'anesthésie locale devra se faire avec un vasoconstricteur. L'anesthésie locorégionale du foramen mandibulaire est déconseillée, en raison du risque d'hématome expansif du pharynx, potentiellement mortel.

Si le patient souffre d'une anomalie de maturation des globules blancs, en raison du risque infectieux accru, l'anesthésie intra-ligamentaire nécessitera une antibioprofylaxie.

### 2.3.5. Risque infectieux

Les patients souffrant d'un syndrome myélodysplasique sont considérés comme immunodéprimés, du fait de leurs traitements antinéoplasiques et immunomodulateurs (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### 2.3.6. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Chélateurs du fer	Déférasirox (voie orale)	Antalgiques et Anti-inflammatoires ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (APEC) AINS (APEC) → Majoration du risque ulcérogène et hémorragique digestif.

**Tableau 42 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des syndromes myélodysplasiques et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : SYNDROMES MYELOUDYSPLASIQUES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Diminution du nombre de globules blancs Traitement antinéoplasique
Risque hémorragique	X		Diminution du nombre de plaquettes
Risque anesthésique	X		Lié au risque infectieux / hémorragique
Interactions médicamenteuses		X	Pas de contre indication Pas d'association déconseillée
Autres		X	

## 2.3. ALD 3 : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

### 2.3.1. Généralités

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) correspond à une thrombose des artères dans une jambe. Cette diminution de l'afflux sanguin entraîne un manque d'oxygène dans les tissus. Elle est généralement due à une plaque d'athérome.

Le diagnostic se fait lorsque le patient présente des douleurs à l'effort, de type crampe musculaire, de façon unilatérale. Avec l'évolution de la maladie, les douleurs surviennent également au décubitus. Elles deviennent ensuite permanentes, et sont encore plus importantes la nuit (Mounier-Vehier, 2007). Le stade le plus grave de la maladie fait apparaître des ulcérations ou des gangrènes des membres, conséquence de l'arrêt de l'irrigation sanguine des tissus.

Le calcul du périmètre de marche (distance pour laquelle une douleur survient) est un indicateur de l'évolution de la sévérité des lésions.

Pour confirmer l'AOMI, un échodoppler sera indispensable afin de préciser les artères touchées, le degré des lésions (plaques, sténoses, occlusion), et les circulations collatérales de suppléance déjà mises en place. L'athérosclérose étant une maladie diffuse, un bilan vasculaire complet sera essentiel (aorte, carotides, coronaires...).

Le traitement de l'AOMI passe tout d'abord par la maîtrise des facteurs de risque de l'athérosclérose. Un traitement pharmacologique (antithrombotique, hypolipémiants) sera également mis en place. Certains cas nécessitent une revascularisation des artères lésées (pose de stent ou pontage).

Au 31 Décembre 2013, en France, 488 190 patients étaient en ALD pour des antécédents d'AOMI.

**Figure 4 : Artériopathie obstructive membre inférieur gauche (Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française, 2016)**

- (1) Sténose de l'artère iliaque
- (2) Thrombose de l'artère fémorale superficielle
- (3) Flèche rouge traduisant le développement d'une vascularisation collatérale de suppléance, entre l'artère fémorale profonde et l'artère poplitée, court-circuitant la thrombose de l'artère fémorale superficielle



### 2.3.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anti agrégants plaquettaires	Acide acétylsalicylique	Aspirine, Kardegic, Modixis	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs symp- tomatique
	Clopidogrel + acide acétylsalicylique	Plavix Duoplavin	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Imidapril Lisinopril Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril Zofenopril	Briem, Cibacene Lopril Justor Renitec Fozitec Tanatril Prinivil, Zestril Moex Coversyl Acuitel, Korec Triatec Odril Teoula, Zofenil	Traitement de l'hypertension artérielle
Statines	Atorvastatine Fluvastatine Pravastatine Rosuvastatine Simvastatine	Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor	Traitements des dyslipidémies
Antalgiques	<p>Non opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Floctafénine</li> <li>- Paracétamol</li>   <li>- Acide acétylsalicylique + lysine</li> </ul> <p>Opioïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol</li>   <li>+ paracétamol</li> <li>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</li> </ul>	<p>Idarad Algodol, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Efferalgan, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof</p> <p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene Dicodin Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	Contrôle de la douleur dans les cas d'ischémie permanente chronique, d'ischémie aiguë et d'amputation



	Morphiniques : Fentanyl	Abstal, Actiq, Breakyl, Effentora, Recivit	
	Hydromorphone Morphine Oxycodone Péthidine	Sophidone, Sevredol Actiskenan, Oramorph Oxynorm Pethidine	

**Tableau 43 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'AOMI (d'après la HAS, 2014)**

### **2.3.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.3.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une hypertension artérielle équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une hypertension artérielle non équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### **2.3.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant d'AOMI font partie de la population générale face au risque infectieux. Ils ne sont pas considérés comme immunodéprimés ni à haut risque d'endocardite infectieuse ; cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.3.6. Autres risques

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise hypertensive (céphalées, vertiges, troubles de la vue ou acouphènes).

Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique lié au traitement antihypertenseur, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.3.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
AAP		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
IEC		Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque
Statines		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Antalgiques		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral

**Tableau 44 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de l'AOMI et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : AOMI

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Lié au risque hémorragique
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'hypotension orthostatique

## 2.4. ALD 4 : Bilharziose (schistosomose) compliquée

### 2.4.1. Généralités

La bilharziose est une maladie parasitaire due à un ver hématoophage, le schistosome. C'est la deuxième endémie parasitaire, après le paludisme.

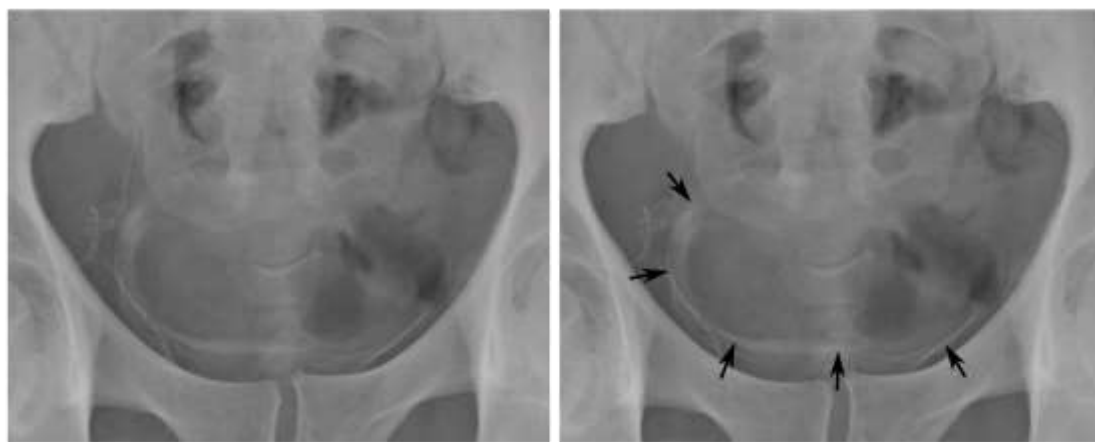
Ce parasite est présent dans certaines eaux douces des zones tropicales et subtropicales. Il pénètre la peau lors de bains dans une eau stagnante infestée. Les larves femelles pondent alors un grand nombre d'œufs : une partie est rejetée dans les selles et les urines, mais certains sont piégés dans les tissus, en formant des granulomes (nodules fibreux dus à une réaction immunitaire). Ces granulomes sont à l'origine des symptômes et des complications de la maladie (Richard-Lenoble et Hai-Duong, 2007).

La bilharziose chronique ne se déclare que plusieurs mois voire plusieurs années après l'infection initiale. Elle peut prendre 2 formes : intestinale ou urogénitale (Bouree et coll., 2014) :

- dans la bilharziose intestinale, les symptômes sont : douleurs abdominales, diarrhée, sang dans les selles, augmentation du volume du foie et de la rate, hypertension des vaisseaux sanguins de l'abdomen.

- dans la bilharziose urogénitale, les symptômes sont : hématurie, fibrose de la vessie et de l'urètre, lésions rénales, stérilité.

Au 31 Décembre 2013, en France, 150 patients étaient en ALD pour une bilharziose compliquée.



**Figure 5 : Radiographie de bassin montrant une calcification de la paroi vésicale due à une schistosomiase urinaire (www.wikipedia.fr, 2012)**

## 2.4.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Traitements antibilharziens	Praziquantel	Biltricide	Tous les patients
Betabloquants non cardiosélectifs	Propranolol	Avlocardyl, Hemangiolo, Karnodyl, Syprol	Prévention des ruptures des varices œsogastriques
Antihypertenseurs Diurétiques	Bumétanide Furosémide Pirétanide Amiloride Spironolactone Ciclétanine Hydrochlorothiazide Indapamide	Burinex Lasilix Eurélix Modamide Aldactone, Spiroctan Tenstaten Esidrex Fludex	Hypertension portale
Hormones hypothalamiques	Somatostatine Octréotide Terlipressine	Somatostatine Sandostatine, Siroctid Glypressine, Haemopressin	Traitement d'urgence des hémorragies digestives par rupture de varices œsogastriques
Antiépileptiques	Acide valproïque Carbamazépine Benzodiazépines : - Clobazam - Clonazépine Eslicarbazépine Ethosuximide Felbamate Gabapentine Lacosamide Lamotrigine Levetiracetam Oxcarbazépine Pérampanel Barbituriques : - Phénobarbital - Primidone Hydantoïne : - Phénytoïne Pregabaline Retigabine Rufinamide Tiagabine Topiramate Vigabatrin Zonisamide	Depakine, Micropakine Tegretol  Urbanyl Rivotril Zebinix Zarontin Taloxa Neurontin Vimpat Lamictal Kepra Trileptal Fycompa  Alepsal, Gardenal, Kaneuron Mysoline  Di-hydan, Dilantin Lyrica Trobalt Inovelon Gabitril Epitomax Sabril Zonegran	Complication neurologique
Corticoïdes	Bétaméthasone Budésonide Ciclésone Dexaméthasone Fluticasone Méthylprednisolone Mométasone Prednisolone Prednisone	Betnesol, Celestene Miflonil, Pulmicort Alvesco Dectacyl Flixotide Medrol Asmanex Solupred Cortacyl	Complication neurologique ou systémique

**Tableau 45 : Médicaments prescrits dans le traitement de la bilharziose compliquée (d'après la HAS, 2013)**

#### **2.4.3. Risque hémorragique**

Les patients souffrant de bilharziose compliquée ne présentent pas de risque hémorragique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

#### **2.4.4. Risque anesthésique**

En présence d'un patient sous bêtabloquant non cardiosélectif (propranolol), il est recommandé d'utiliser des solutions anesthésiques les plus faiblement dosées en vasoconstricteur.

#### **2.4.5. Risque infectieux**

Le risque infectieux est majoré lorsque la posologie quotidienne en corticoïdes est supérieure à 10mg équivalent prednisone, pendant une durée de plus d'un mois (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

#### **2.4.6. Autres risques**

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise convulsive chez les patients épileptiques.

Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débuter les soins.

### 2.4.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Corticoïdes		Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave
Antihypertenseurs - Bétabloquants		Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque
Antihypertenseurs - Diurétiques		Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque
Antiépileptiques		Voir ALD 9 : Epilepsies graves

**Tableau 46 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la bilharziose compliquée et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : BILHARZIOSE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié aux corticoïdes en cure longue
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Si complications neurologiques

## 2.5. ALD 5 : Fibrillation auriculaire & troubles du rythme ventriculaire graves

### 2.5.1. Généralités

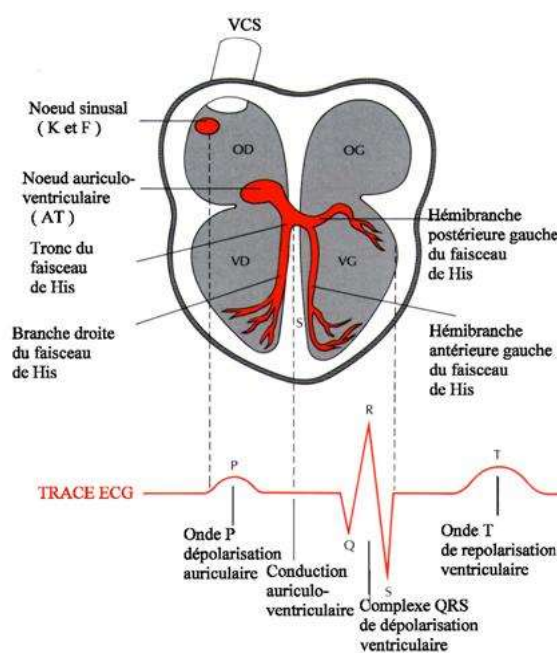
La fibrillation auriculaire est un dérèglement électrique entraînant une contraction anarchique des oreillettes cardiaques. C'est une forme d'arythmie très fréquente. Ces impulsions irrégulières trop fréquentes peuvent être asymptomatiques, ou entraîner :

- un pouls irrégulier et accéléré,
- des palpitations cardiaques,
- une sensation d'inconfort ou des douleurs de type oppression dans la poitrine,
- une fatigue,
- des sueurs, des nausées,
- des étourdissements, des pertes de conscience.

La fibrillation auriculaire peut se compliquer en accident vasculaire cérébral, en raison de la stase sanguine dans les oreillettes.

Avec le temps, elle évolue souvent vers une insuffisance cardiaque (Duc et Aumont, 2003).

Les troubles du rythme ventriculaire sont causés par un dérèglement électrique au niveau du tissu nodal ventriculaire (faisceau de His).



**Figure 6 : Description du tissu nodal cardiaque permettant la synchronisation de la contraction des différentes cavités du coeur (Institut Méditerranéen Coeur et Vaisseaux)**

Il existe différents types de troubles du rythme ventriculaire (Assurance Maladie, 2013) :

- la tachycardie ventriculaire : c'est une accélération du rythme cardiaque. Elle peut être modérée lorsque la fréquence cardiaque se situe entre 80 et 100 battements par minute. Elle est dite intense lorsque la fréquence est supérieure à 100 battements par minute.
- la fibrillation ventriculaire : elle correspond à la perte de toute activité électrique organisée des ventricules. Il n'y a plus d'aspect de systole ou de diastole reconnaissable.
- les torsades de pointes : l'activité électrique est moins anarchique que dans la fibrillation ventriculaire. Elles sont causées par une bradycardie importante, une hypokaliémie, ou une intoxication médicamenteuse.

Au 31 Décembre 2013, en France, l'ALD 5 nommée « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves » comptait 868 720 patients.

### 2.5.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anticoagulants oraux	Antivitamines K - warfarine - acénocoumarol - fluindione	Coumadine Sintrom, Minisintrom Previscan	Prévention des accidents thromboemboliques
	Anticoagulants non AVK - dabigatran - rivaroxaban - apixaban	Pradaxa Xarelto Eliquis	
Anti agrégants plaquettaires	Aspirine 75-100 mg associée au clopidogrel	Duoplavin	
	Aspirine 75-300mg seule	Aspirine, Kardegic, Modixis	
Vitamines K	Phytomenadione	Vitamine K1 Roche	Si traitement par AVK et INR > 6
Antiarythmiques Classe I	Cibenzoline Disopyramide Flécaïnide Lidocaïne Phénytoïne Propafénone Hydroquinidine	Cipralan, Exacor Isorythm, Rythmodan Flécaïne Xylocard Dilantin Rythmol Serecor	Contrôle de la fréquence cardiaque Traitement du trouble du rythme Maintien du rythme sinusal



Antiarythmiques Classe II Bêtabloquants	Acebutolol Aténolol Esmolol Métoprolol  Nadolol Propranolol Sotalol	Sectral Betatop, Tenormine Brevibloc Lopressor, Seloken, Selozok Corgard Avlocardyl, Syprol Sotalex	
Antiarythmiques Classe III	Amiodarone	Cordarone	
Antiarythmiques Classe IV Inhibiteurs calciques	Diltiazem Verapamil	Bitildiem, Deltazen, Dilrene, Monotildiem, Tildiem Isoptine	
Antiarythmiques Digitaliques	Digoxine	Hemigoxine	

**Tableau 47 : Médicaments prescrits dans le traitement de la fibrillation auriculaire et des troubles du rythme ventriculaire graves (d'après la HAS, 2014)**

### **2.5.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.5.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une fibrillation auriculaire ou d'un trouble du rythme ventriculaire équilibré, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une arythmie non équilibrée, ou s'il est traité par Digoxine, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### **2.5.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant de fibrillation auriculaire font partie de la population générale face au risque infectieux. Ils ne sont pas considérés comme immunodéprimés ni à haut risque d'endocardite infectieuse ; cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.5.6. Autres risques

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une décompensation de l'arythmie cardiaque. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique lié au traitement antihypertenseur, il faudra veiller à relever le patient lentement.

Les dispositifs cardiovasculaires implantables (pacemaker ou défibrillateur) peuvent créer des interférences électromagnétiques avec certains matériels dentaires (bistouri électrique).

### 2.5.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antiarythmiques Classe I	Disopyramide	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE)</p> <p><u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> <b>JOSAMYCINE (ASDEC)</b></p> <p><u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE)</p> <p><u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> HYDROXYZINE (APEC) <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> → Risque majoré de torsades de pointe.</p> <p><u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation...)</p>
	Phénytoïne	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) → Diminution des concentrations des corticoïdes.</p> <p><u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINE (PE) METRONIDAZOLE (PE) → Diminution des concentrations de l'antibiotique.</p> <p><u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) MICONAZOLE (PE) → Augmentation des concentrations de phénytoïne.</p> <p>ITRACONAZOLE (PE) → Diminution des concentrations de l'itraconazole.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxyolytiques</u> DIAZEPAM (PE) → Variations imprévisibles des concentrations de phénytoïne.</p>

	Hydroquinidine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Risque de diminution de l'acuité auditive.
Antiarythmiques Classe II Bêtabloquants	Sotalol	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque de majoration d'une hypotension orthostatique.
	Acebutolol Aténolol Esmolol Métoprolol Nadolol Propranolol	<u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Antiarythmiques Classe III	Amiodarone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> HYDROXYZINE (PE) <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Antiarythmiques Classe IV Inhibiteurs calciques	Diltiazem Verapamil	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Majoration des effets indésirables de l'antagoniste des canaux calciques, le plus souvent à type d'hypotension.  <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.

Antiarythmiques Digitaliques	Digoxine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antiviraux</u> AMPHOTERICINE B (PE) → Hypokaliémie favorisant les effets toxiques des digitaliques.  <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Augmentation de la digoxinémie avec nausées, vomissements, troubles du rythme.  <u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.
Anticoagulants oraux	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
AAP	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	

**Tableau 48 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la fibrillation auriculaire et des troubles du rythme ventriculaires graves et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : FIBRILLATION AURICULAIRE ET TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRE GRAVES			
Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'interférences avec les dispositifs implantables

## **2.6. ALD 5 : Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP) et insuffisance cardiaque systolique (ICS)**

### **2.6.1. Généralités**

L'insuffisance cardiaque correspond à un défaut de pompage du muscle cardiaque pour assurer l'oxygénation et la circulation du sang à travers tout l'organisme.

Cet affaiblissement du muscle cardiaque peut être causé par différentes pathologies :

- infarctus du myocarde,
- arythmie,
- hypertension artérielle,
- valvulopathies,
- endocardite infectieuse.

La présence de facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, obésité, consommation d'alcool, tabagisme, sédentarité, stress) augmente le risque de développer une insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, également appelée insuffisance cardiaque diastolique, correspond à une diminution du remplissage du ventricule gauche pendant la diastole. La capacité d'élasticité du ventricule gauche (VG) est diminuée, mais la fraction d'éjection systolique du VG est normale (Cohen Solal, 2010).

Elle représente 50% des cas d'insuffisance cardiaque, en raison notamment du vieillissement de la population (diminution de la capacité de relaxation du myocarde avec l'âge).

Elle entraîne une mauvaise tolérance à l'effort, ainsi que des signes d'œdème pulmonaire.

L'insuffisance cardiaque systolique est définie comme l'incapacité du ventricule gauche à assurer un débit sanguin adapté aux besoins métaboliques de l'organisme. On observe une diminution du volume d'éjection systolique (Galinier, 2010).

On observe chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque systolique une asthénie, une dyspnée d'effort pouvant aller jusqu'à l'œdème aigu du poumon. Les patients présentent également une toux sèche.

## 2.6.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antihypertenseurs Diurétiques	Bumétanide Furosémide Eplérénone Pirétanide Amiloride Spironolactone Cicléstanine Hydrochlorothiazide Indapamide	Burinex Lasilix Inspra Eurélix Modamide Aldactone, Spiroctan Tenstaten Esidrex Fludex	Traitement symptomatique
Antihypertenseurs Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Imidapril Lisinopril Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril Zofenopril	Briem, Cibacene Lopril Justor Renitec Fozitec Tanatril Prinivil, Zestril Moex Coversyl Acuitel, Korec Triatec Odrick Teoula, Zofenil	Traitement de fond, pour tous les patients
Antihypertenseurs Bêta-bloquants	Acebutolol Aténolol Bétaxolol Bisoprolol  Cartéolol Céliprolol Labétalol Métoprolol Nadolol Nébilolol Oxprénolol Pindolol Propranolol Tertatolol Timolol	Sectral Betatop, Tenormine Kerlone Bisoce, Cardensiel, Cardiocor, Dézensiel Mikelan Celectol Trandat Lopressor, Seloken, Selozok Corgard Nébilox, Temerit Trasicor Visken Avlocardyl, Syprol Artex Timacor	Traitement de fond, pour tous les patients
Antihypertenseurs Antagonistes de l'angiotensine II	Candésartan Eprosartan Irbésartan Losartan Olmesartan Telmisartan Valsartan	Atacand, Kenzen Teveten Aprovel, Ifirmasta Cozaar Alteis, Olmetec Micardis, Pritor, Tolura Nisis, Tareg	Si intolérance aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion
Antihypertenseurs Inhibiteurs calciques	Amlodipine Féلودipine Isradipine Lacidipine Lercanidipine Manidipine Nicardipine Nifédipine Nitrendipine Diltiazem  Vérapamil	Amlor Flodil Icaz Caldine Lercan, Zanidip Iperden Loxen Adalate, Chronadalate Baypress, Nidrel Bitildiem, Deltazen, Dilrene, Monotildiem, Tildiem Isoptine	Si hypertension artérielle associée

Antiarythmiques Digitaliques	Digoxine	Hemigoxine	En cas de fibrillation auriculaire
Anticoagulants oraux	Antivitamines K - warfarine - acénocoumarol - fluindione	Coumadine Sintrom, Minisintrom Previscan	En cas de fibrillation auriculaire
	Anticoagulants non AVK - dabigatran - rivaroxaban - apixaban	Pradaxa Xarelto Eliquis	
Anti agrégants plaquettaires	Aspirine 75-100 mg associée au clopidogrel	Duoplavin	En cas de contre indication aux anticoagulants oraux
	Aspirine 75-300mg seule	Aspirine, Kardegic, Modixis	

**Tableau 49 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'insuffisance cardiaque (d'après la HAS, 2012)**

### **2.6.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.6.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une insuffisance cardiaque équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une insuffisance cardiaque non équilibrée, ou s'il est traité par Digoxine, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### **2.6.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque font partie de la population générale face au risque infectieux. Ils ne sont pas considérés comme immunodéprimés ni à

haut risque d'endocardite infectieuse ; cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.6.6. Autres risques

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une décompensation de l'insuffisance cardiaque. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débuter les soins.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique lié au traitement antihypertenseur, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.6.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antihypertenseurs Antagonistes de l'angiotensine II	Candésartan Eprosartan Irbésartan Olmesartan Telmisartan Valsartan	<p><u>Antalgiques et anti-inflammatoires</u> ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (PE) AINS (PE) → Insuffisance rénale aiguë chez le patient à risque, réduction de l'effet antihypertenseur, majoration de l'hyperkaliémie.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.</p>
	Losartan	<p><u>Antalgiques et anti-inflammatoires</u> ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (PE) AINS (PE) → Insuffisance rénale aiguë chez le patient à risque, réduction de l'effet antihypertenseur, majoration de l'hyperkaliémie.</p> <p><u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (APEC) → Risque de diminution de l'efficacité du losartan.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.</p>



<p>Antihypertenseurs Bêtabloquants</p>	<p>Acebutolol Aténolol Bétaxolol Bisoprolol Cartéolol Céliprolol Labétalol Métoprolol Nadolol Néбиволol Oxprénolol Pindolol Propranolol Tertatolol Timolol</p>	<p><u>Antalgiques et anti-inflammatoires</u> AINS (APEC) → Diminution de l'effet antihypertenseur</p> <p><u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d' hypotension orthostatique.</p>
<p>Antihypertenseurs Diurétiques</p>	<p>Bumétanide Furosémide Pirétanide Amiloride Spironolactone Ciclétanine Hydrochlorothiazide Indapamide Eplérénone</p>	<p><u>Antalgiques et anti-inflammatoires</u> ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (PE) AINS (PE) → Insuffisance rénale aigue chez le patient déshydraté et diminution de l'effet antihypertenseur.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.</p>
<p>Antihypertenseurs Antagonistes des canaux calciques</p>	<p>Amlodipine Féлоdipine Isradipine Lacidipine Lercanidipine Manidipine Nicardipine Nifédipine Nitrendipine</p>	<p><u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE)</p> <p><u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Majoration des effets indésirables de l'antagoniste des canaux calciques, le plus souvent à type d'hypotension notamment chez le sujet âgé.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.</p>
	<p>Diltiazem Vérápamil</p>	<p><u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE)</p> <p><u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Majoration des effets indésirables de l'antagoniste des canaux calciques, le plus souvent à type d'hypotension notamment chez le sujet âgé.</p> <p><u>Antiémétiques et anxyolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.</p>

Antihypertenseurs Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Imidapril Lisinopril Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril Zofenopril	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (PE) AINS (PE) → Insuffisance rénale aiguë chez le patient à risque, et réduction de l'effet antihypertenseur.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.
Antiarythmiques	Voir ALD 5 : Fibrillation auriculaire et troubles du rythme ventriculaire graves	
Anticoagulants oraux	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
AAP	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	

**Tableau 50 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de l'insuffisance cardiaque et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : INSUFFISANCE CARDIAQUE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'hypotension orthostatique

## 2.7. ALD 5 : Cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte

### 2.7.1. Généralités

#### Les cardiopathies valvulaires

Les valves cardiaques s'ouvrent et se ferment avec les battements du cœur, afin que le sang circule dans la bonne direction à travers les cavités cardiaques.

Un rétrécissement valvulaire (aortique ou mitral) correspond à un défaut d'ouverture : le cœur va donc devoir travailler plus fort pour pomper la même quantité de sang. Cela peut entraîner, avec le temps, une insuffisance cardiaque.

Une insuffisance cardiaque (aortique ou mitrale) correspond à un défaut de fermeture (fuite ou reflux) : cela limite alors la capacité d'approvisionnement du corps en sang oxygéné.

Rétrécissement et insuffisance peuvent provoquer : étourdissements, dyspnée d'effort, palpitations, pouls irrégulier, douleurs thoraciques.

Le traitement est variable en fonction de la gravité de la maladie : traitement médicamenteux, chirurgie réparatrice (plastie valvulaire) ou chirurgie de remplacement de la valve.

Le remplacement valvulaire peut se faire avec :

- une prothèse mécanique, lorsque le patient est jeune (< 75 ans) ; leur inconvénient majeur est l'association obligatoire à un traitement anticoagulant à vie.

- une prothèse biologique (ou bioprothèse), lorsque le patient est plus âgé (> 70-75 ans) ; elles sont faites à partir de donneurs humains (homogreffe) ou animaux (hétérogreffe). Elles sont mieux tolérées que les prothèses mécaniques (moins de risque de caillots sanguins), mais leur durée de vie est moindre (< 15 ans).

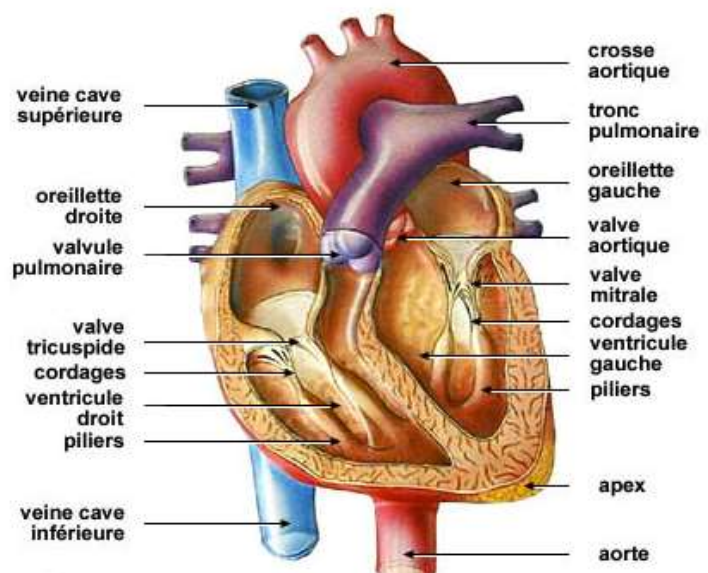


Figure 7 : Schéma en coupe du cœur humain (www.e-cardiologie.com, 2008)

## Les cardiopathies congénitales

Elles correspondent à des malformations cardiaques ou des vaisseaux à proximité du cœur, pendant sa formation intra-utérine, et peuvent prendre des formes très diverses. Les symptômes sont variables en fonction des lésions engendrées.

Elles sont classées en 2 catégories :

- les cardiopathies cyanogènes, qui présentent un mélange de sang non oxygéné avec du sang oxygéné (par exemple : tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux),
- et les cardiopathies non cyanogènes (par exemple : communication inter auriculaire ou inter ventriculaire, persistance du canal artériel).

### **2.7.2. Traitements pharmacologiques**

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anticoagulants oraux	Antivitamines K - warfarine - acénocoumarol - fluindione	Coumadine Sintrom, Minisintrom Previscan	Prothèse valvulaire mécanique
Antiarythmiques Classe I	Cibenzoline Disopyramide Flécaïnide Lidocaïne Phénytoïne Propafénone Hydroquinidine	Cipralan, Exacor Isorythm, Rythmodan Flécaïne Xylocard Dilantin Rythmol Serecor	Si fibrillation auriculaire
Antiarythmiques Classe II Bêtabloquants	Acebutolol Aténolol Métoprolol Nadolol Oxprénolol Pindolol Propranolol Sotalol	Sectral Betatop, Tenormine Lopressor, Seloken, Selozok Corgard Trasicor Visken Avlocardyl, Syprol, Sotalex	
Antiarythmiques Classe III	Amiodarone	Cordarone	
Antiarythmiques Classe IV Inhibiteurs calciques	Diltiazem Verapamil	Bitildiem, Deltazen, Dilrene, Monotildiem, Tildiem Isoptine	
Antiarythmiques Digitaliques	Digoxine	Hemigoxine	
Antibiotiques	Amoxicilline Clindamycine	Amodex, Clamoxyl Dalacine	En cas d'intervention dentaire si HREI
Antihypertenseurs Diurétiques	Bumétanide Furosémide Spinonolactone	Burinex Lasilix Aldactone, Spiroctan	Insuffisance cardiaque droite
Antinéoplasiques	Pipobroman	Vercyte	Si polyglobulie
Antihypertenseurs	Bosentan Sildénafil	Tacleer Revatio	Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

**Tableau 51 : Médicaments prescrits dans le traitement des cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte (d'après la HAS, 2012)**

### **2.7.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.7.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une pathologie cardiaque équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une pathologie cardiaque non équilibrée, ou s'il est traité par Digoxine, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### **2.7.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant d'une cardiopathie cyanogène, ainsi que les porteurs d'une prothèse valvulaire mécanique, sont considérés comme ayant un haut risque d'endocardite infectieuse. Tout acte invasif devra être précédé d'une antibioprofylaxie (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### **2.7.6. Autres risques**

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une décompensation de la pathologie cardiaque. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.7.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Anticoagulants oraux	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antiarythmiques	Voir ALD 5 : Fibrillation auriculaire et troubles du rythme ventriculaire graves	
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque	

**Tableau 52 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : CARDIOPATHIES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Risque d'endocardite infectieuse
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs et de la technique employée
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'hypotension orthostatique et de décompensation de la pathologie cardiaque

## 2.8. ALD 6 : Cirrhoses alcooliques

### 2.8.1. Généralités

La cirrhose alcoolique correspond à une dégénérescence chronique des tissus hépatiques. Elle est causée par l'absorption journalière de plus de 60g d'alcool pur pendant plus de 10 ans. Elle reste asymptomatique pendant plusieurs années, même si on peut noter chez ces patients une hépatomégalie lors de cette période. Son évolution est très progressive (Deltenre et Mathurin, 2005).

Lorsque les symptômes apparaissent, ils se présentent ainsi :

- asthénie
- anorexie, perte de poids
- diminution de la masse musculaire
- apparition d'ecchymoses
- nausées, vomissements
- douleurs abdominales
- fièvre
- troubles menstruels chez la femme
- impuissance chez l'homme.

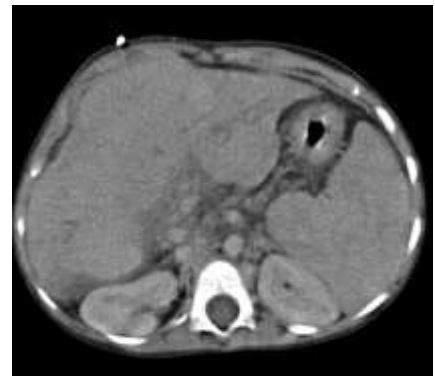


Figure 8 : Scanner montrant une hépatomégalie sur un foie cirrhotique (www.wikipedia.fr, 2006)

Des complications graves peuvent survenir telles que :

- des hémorragies dues à la rupture de varices œsophagiennes
- une insuffisance rénale
- un hépatocarcinome.

Au 31 Décembre 2013, en France, l'ALD 6 nommée « Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses » comptait 178 760 patients.

## 2.8.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antihypertenseurs Bêtabloquants	Propranolol	Avlocardyl	Prévention des hémorragies digestives par rupture des varices oesophagiennes
Hormones de synthèse	Somatostatine Octréotide Terlipressine	Sandostatine Siroctide Glypressine, Haemopressin	Traitement des hémorragies digestives par rupture des varices oesophagiennes
Sédatifs Benzodiazépines	Oxazepam Alprazolam Diazepam	Seresta Xanax Valium	Sevrage de l'alcool
Médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique	Naltrexone Acamprosate Disulfirame Nalmefène	Revia Aotal Esperal Sélincro	Maintien de l'abstinence et réduction de la consommation d'alcool
Antispastiques	Baclofène	Lioréal	Maintien de l'abstinence
Antihypertenseurs Diurétiques	Bumétanide Furosémide Pirétanide Amiloride Spironolactone Ciclétanine Hydrochlorothiazide Indapamide	Burinex Lasilix Eurélix Modamide Aldactone, Spiroctan Tenstaten Esidrex Fludex	Cirrhose décompensée
Laxatifs	Lactulose	Duphalac, Laxaron	Encéphalopathie hépatique
Dépendance nicotine	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide à l'arrêt de la cigarette
Hypocholestérolémiants Statines	Atorvastatine Fluvastatine Pravastatine Rosuvastatine Simvastatine	Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor	Dyslipidémies

**Tableau 53 : Médicaments prescrits dans le traitement des cirrhoses alcooliques (d'après la HAS, 2014)**



### **2.8.3. Risque hémorragique**

Une déficience hépatique peut entraîner une thrombopénie et une altération des facteurs de coagulation.

Il faudra donc connaître les valeurs de la numération de la formule sanguine (plaquettes) et du taux de prothrombine avant tout acte invasif.

Il existe un risque hémorragique si le taux de plaquettes est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup>, ou si le taux de prothrombine est inférieur à 50% (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.8.4. Risque anesthésique**

En cas d'atteinte hépatique sévère, l'évaluation de la fonction hépatique est importante. La quantité totale injectée peut devoir être réduite et les intervalles entre les injections augmentés. Cependant, les vasoconstricteurs ne sont pas contre-indiqués.

### **2.8.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant d'une cirrhose hépatique sont considérés comme immunodéprimés (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »). Les infections bactériennes sont plus fréquentes et plus graves chez ces patients.

### **2.8.6. Autres risques**

Les médicaments hépatotoxiques devront être évités :

- certains antalgiques, tel que le paracétamol,
- certains antiinflammatoires non stéroïdiens, tel que le nimésulide,
- certains antibiotiques (les cyclines, les macrolides, et l'amoxicilline en association avec l'acide clavulanique).

Tous les médicaments à métabolisme hépatique devront être prescrits à des doses inférieures à la dose usuelle. Prendre contact avec le médecin généraliste afin d'adapter la posologie.

### 2.8.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Sédatifs - Benzodiazépines	Oxazepam Alprazolam Diazepam	<u>Antalgiques et anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC)
Médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique	Naltrexone	Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC)
Antispastiques	Baclofène	Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
Médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique	Disulfirame	<u>Antibiotiques</u> <b>METRONIDAZOLE (ASDEC)</b> → Risque d'épisodes de psychose aiguë ou d'état confusionnel.
Dépendance nicotine	Bupropion	<u>Antalgiques</u> TRAMADOL (APEC) → Augmentation des concentrations plasmatiques du tramadol et risque de convulsions.
Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée	

**Tableau 54 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des cirrhoses alcooliques et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : CIRRHOSSES ALCOOLIQUES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Risque infectieux accru chez le patient cirrhotique
Risque hémorragique	X		Thrombopénie et altération des facteurs de coagulation
Risque anesthésique	X		Réduire la quantité totale injectée
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Adapter la posologie des médicaments à métabolisme hépatique

## **2.9. ALD 6 : Hépatite B & C chroniques**

### **2.9.1. Généralités**

L'hépatite B chronique est une infection virale du foie. Son risque de transmission est très élevé ; ce virus est cent fois plus contagieux que le VIH par exemple. Il se transmet par le sang, les sécrétions et les liquides biologiques : rapports sexuels, échange de seringue chez les toxicomanes, transfusion sanguine, transmission de la mère à l'enfant, ou par contact étroit avec une personne infectée. Un vaccin contre l'hépatite B existe depuis 1982.

Lors d'une hépatite B aiguë, la guérison spontanée se fait dans 90% des cas (Asselah et coll., 2011).

Seulement 10% des cas évoluent vers la chronicité. Parmi ces patients, 30% deviendront des porteurs sains (ils ne décrivent pas de symptôme mais sont tout de même porteurs du virus et peuvent donc le transmettre), 40% souffriront d'une hépatite chronique persistante et 30% d'une hépatite chronique active.

L'hépatite C chronique est une infection virale du foie. La transmission se fait par voie sanguine uniquement. Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. Lors d'une hépatite C aiguë, la guérison spontanée se fait dans 20 à 30% des cas. 70 à 80% des cas évoluent donc vers une hépatite C chronique. Des médicaments existent et permettent de guérir, en quelques mois, 90% des patients atteints (Bourlière et coll., 2011).

Les symptômes sont communs pour les deux infections :

- fatigue, fièvre
- perte d'appétit
- douleurs abdominales
- nausées, vomissements
- selles claires, urines foncées
- ictère (jaunisse).

Les complications sont également identiques dans les deux cas :

- cirrhose chronique
- cancer du foie.

## 2.9.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Interférons	Interféron alfa 2a Peginterféron alfa 2a Interféron alfa 2b Peginterféron alfa 2b	Roferon A Pegasys Introna Viraféronpeg	Prescription initiale hospitalière
Inhibiteurs de protéase	Boceprevir Telaprevir	Victrelis Incivo	Prescription initiale hospitalière
Antiviraux	Lamivudine Adénofir Entécavir Ribavirine Telbivudine Tenofovir Boceprevir Telaprevir	Epivir, Zeffix Hepsera Baraclude Copegus, Rebetol, Ribavox Sebivo Viread Victrelis Incivo	Prescription initiale hospitalière
Antalgiques	Paracétamol	Algodol, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Paralyoc	Si syndrome pseudo-grippal lors des injections d'IFN
Dépendance nicotine	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage tabagique chez les patients dépendants

**Tableau 55 : Médicaments prescrits dans le traitement des hépatites B et C chroniques (d'après la HAS, 2013)**

### 2.9.3. Risque hémorragique

Une déficience hépatique peut entraîner une thrombopénie une altération des facteurs de coagulation. De plus, la ribavirine et les interférons entraînent une thrombopénie.

Il faudra donc connaître les valeurs de la numération de la formule sanguine (plaquettes) et du taux de prothrombine avant tout acte invasif.

Il existe un risque hémorragique si le taux de plaquettes est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup>, ou si le taux de prothrombine est inférieur à 50% (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### 2.9.4. Risque anesthésique

En cas d'atteinte hépatique sévère, l'évaluation de la fonction hépatique est importante. La quantité totale injectée peut devoir être réduite et les intervalles entre les injections augmentés. Cependant, les vasoconstricteurs ne sont pas contre-indiqués.

### 2.9.5. Risque infectieux

Les hépatites B et C provoquent une immunodépression. De plus, la ribavirine peut entraîner une neutropénie. Il faudra alors veiller à prendre en charge le risque infectieux (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### 2.9.6. Autres risques

Il existe un risque de transmission virale patient-soignant en cas d'accident d'exposition au sang. La vaccination VHB est recommandée pour le personnel soignant. Les précautions habituelles de protection (gants, masque, lunettes) sont obligatoires.

Les médicaments hépatotoxiques devront être évités. Tous les médicaments à métabolisme hépatique devront être prescrits à des doses inférieures à la dose usuelle. Prendre contact avec le médecin généraliste afin d'adapter la posologie.

### 2.9.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Analogues nucléosidiques	Tenofovir	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (PE) <u>Antifongiques</u> Amphotéricine B (APEC) <u>Antiviraux</u> Aciclovir (APEC) → Majoration de la néphrotoxicité.
Dépendance nicotine	Voir ALD 6 : Cirrhose alcoolique	

**Tableau 56 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des hépatites B et C chroniques et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaires (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : HEPATITE B ET C

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		En cas de neutropénie
Risque hémorragique	X		En cas de thrombopénie
Risque anesthésique	X		Réduire la quantité totale injectée
Interactions médicamenteuses		X	Pas de contre indication Pas d'association déconseillée
Autres	X		Risque d'AES Adapter la posologie des médicaments à métabolisme hépatique

## **2.10. ALD 7 : Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**

### **2.10.1. Généralités**

L'infection par le VIH entraîne un affaiblissement progressif des défenses immunitaires. En effet, le virus se multiplie dans les cellules du système immunitaire (lymphocytes CD4), entraînant leur destruction. Le sujet porteur devient alors vulnérable aux infections opportunistes.

Aucun vaccin n'a à ce jour été mis au point contre ce virus. Le VIH touche 40 millions de personnes dans le monde, dont les deux tiers sont concentrés en Afrique Subsaharienne (Aubert et Baruch, 2011).

Chez les sujets infectés, le virus est présent dans : le sang, les sécrétions génitales, le lait, et d'autres liquides biologiques (liquide céphalo-rachidien, liquide broncho-alvéolaire, liquide amniotique et liquide pleural). Il existe différents modes de transmission : par voie sanguine (suite à un accident d'exposition au sang ou par partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues intra-veineuses), par voie sexuelle, et par voie materno-fœtale.

L'OMS décrit la maladie en quatre phases dans son évolution :

- la primo-infection : elle débute lorsque le VIH pénètre dans le sang, et dure entre deux et huit semaines. Elle peut être symptomatique (elle ressemble alors à une grippe ou à une mononucléose infectieuse) ou asymptomatique. Pendant cette phase, la charge virale augmente ; le nombre de cellules CD4 diminue pendant un temps, mais revient à un niveau proche de la normale à la fin de cette phase.

- la phase asymptomatique : cette phase dure environ dix ans. On observe une diminution progressive du nombre de cellules CD4 alors que la charge virale augmente régulièrement. Cependant, le patient ne décrit pas de symptomatologie clinique.

- la phase symptomatique : le patient commence à décrire des symptômes liés à l'infection au VIH (fatigue, diarrhée, ganglions, perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre).

- la phase SIDA : lors de cette dernière phase, le patient est en immunodépression profonde. Il est sensible aux infections opportunistes ; ce sont des infections qui ne sont habituellement pas graves chez un sujet sain, mais qui

peuvent le devenir lorsque les défenses immunitaires sont trop faibles (candidose, tuberculose, herpès, pneumonie).

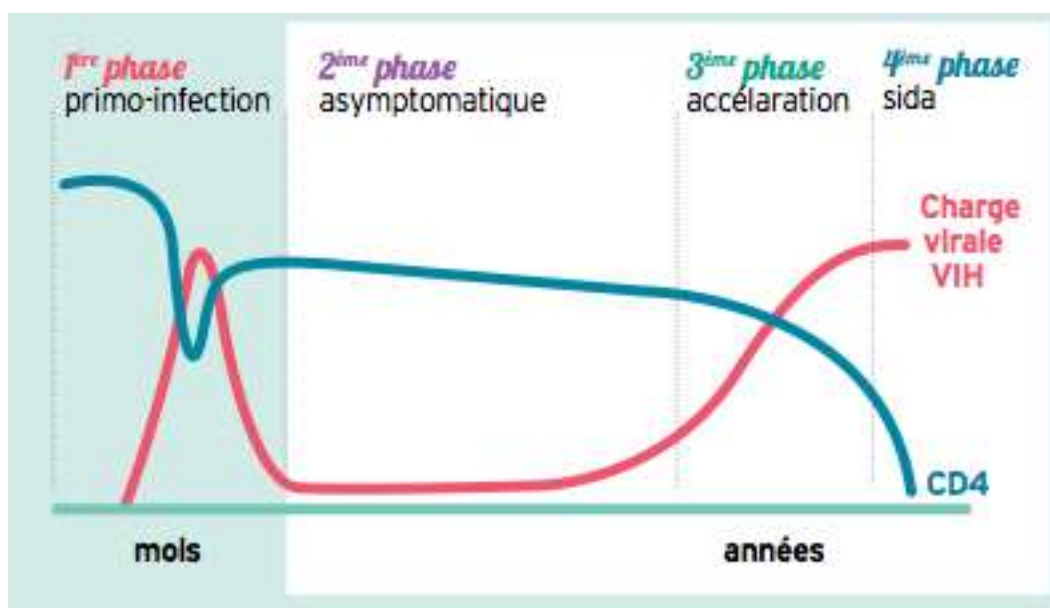


Figure 9 : Evolution de l'infection à VIH (www.seronet.info, 2015)

Le traitement par trithérapie consiste à la fois à diminuer la charge virale dans le sang, et à maintenir le taux de CD4 au dessus d'un certain seuil.

Au 31 Décembre 2013, en France, 106 880 patients étaient en ALD pour une infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

### 2.10.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Abacavir (aba) Didanosine Emtricitabine (emtri) Lamivudine (lami) Ténofovir (téno) Zidovudine (zido) Aba + Lami Emtri + Téno Zido + Lami Zido + Lami + Aba	Ziagen Videx Emtriva Epivir Viread Retrovir Kivexa Truvada Combivir Trizivir	Prescription initiale hospitalière annuelle Renouvellement annuel hospitalier par des médecins expérimentés dans la prise en charge de l'infection par le VIH
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Efavirenz (efa) Etravirine Névirapine Rilpivirine (rilpi)	Sustiva Intelence Viramune Edurant	
Inhibiteurs de protéase (IP)	Atazanavir Darunavir Fosamprénavir Ritonavir (rito) Rito + Lopinavir	Reyataz Prezista Telzir Norvir Kaletra	



Associations d'antirétroviraux	Emtri + Téno + Efa Emtri + Téno + Rilpi Emtri + Téno + Eviltégravir + Cobicistat Aba + Lami + Dolutégravir	Atripla Eviplera  Stribild Triumeq	
Statines	Pravastatine Fluvastatine Rosuvastatine	Elisor, Vasten Lescor, Fractal Crestor	Hypercholestérolémie
Fibrates	Bézafibrate Ciprofibrate Fénofibrate Gemfibrozil	Befizal Lipanon Fegenor, Lipanthyl, Secalip Lipur	Hypertriglycéridémie
Antidiabétiques	Metformine Glibenclamide Gliclazide Glimépiride Glipizide Répaglinide Acarbose Miglitol Sitagliptine Sitagliptine + Metformine Vildagliptine Vildagliptine + Metformine Saxagliptine Saxagliptine + Metformine Exénatide Liraglutide Lixisénatide Insuline  Analogues	Glucophage, Stagid Daonil, Hemi-Daonil Diamicron Amarel Glibenese, Minidiab, Ozidia Novonorm Glucor Diastabol Januvia, Xelevia Janumet, Velmetia Galvus Eucreas Onglyza Komboglyze Bydureon, Byetta Victoza Lyxumia Actrapid, Insulatard, Insuman, Mixtard, Umuline Apidra, Lantus, Levemir, Humalog, Novomix, Novorapid	Diabète
Traitement de la pneumocystose	Atovaquone Pentamidine Sulfaméthoxazole + Triméthoprime	Wellvone Pentacarinat Bactrim	
Traitement de la toxoplasmose	Pyriméthamine Sulfadiazine	Malocide Adiazine	
Traitement de la tuberculose	Ethambutol Isoniazide (iso) Iso + Pyra + Rifam Iso + Rifam Pyrazinamide (pyra) Rifabutine Rifampicine (rifam)	Dexambutol, Myambutol Nicozid, Rimifon Rifater Rifinah Pirilene Ansatipine Rifadine, Rimactan	
Traitement des mycoses	Clarithromycine Ethambutol Rifabutine	Zeclar Dexambutol, Myambutol Ansatipine	Traitement prolongé lors de la phase SIDA
Traitement des infections à CMV	Foscarnet sodique Ganciclovir Valganciclovir	Foscavir Cymevan Rovalcyte	Encéphalite, œsophagite, atteinte médullaire
Traitement des cryptococcoses neuroméningées	Amphotéricine B Amphotéricine B liposomale Fluconazole Flucytosine	Fungizone Ambisome Triflucan Ancotil	
Traitement de la syphilis	Benzylpénicilline (pénicilline G) Ceftriaxone	Penicilline G Rocephine	
Traitement des candidoses	Amphotéricine B Amphotéricine B liposomale Fluconazole	Fungizone Ambisome Triflucan	

Traitement de la leishmaniose viscérale	Amphotéricine B Amphotéricine B liposomale	Fungizone Ambisome	
Traitements des parasitoses intestinales	Albendazole Fumagilline Sulfaméthoxazole + Triméthoprime	Zentel Flisint Bactrim	
Traitement de l'infection herpétique	Aciclovir Valaciclovir	Zovirax Zelitrex	
Traitement du VHB	Interféron alfa 2a Peginterféron alfa 2a Interféron alfa 2b Peginterféron alfa 2b Lamivudine Adénofir Entécavir Telbivudine Tenofovir	Roferon A Pegasys Introna Viraféronpeg Epivir, Zeffix Hepsera Baraclude Sebivo Viread	
Traitement du VHC	Peginterféron alfa 2a Peginterféron alfa 2b Ribavirine  Boceprevir Telaprevir	Pegasy Viraféronpeg Copegus, Rebetol, Ribavox, Virazole Victrelis Incivo	
Facteur de croissance	Filgrastim	Neulasta, Neupogen, Nivestim, Ratiograstim, Tevagrastim, Zarzio	Patients infectés à un stade avancé, afin de réduire le risque d'infection bactérienne
Corticoïdes	Bétaméthasone Hydrocortisone Prednisolone Prednisone	Betnesol, Celestene Colofoam Solupred Cortancyl	
Antispasmodiques	Dihexyvérine Mébévérine Pinavérium bromure Scopolamine Chlorhydrate tiémonium	Spasmorex Colopriv, Duspatalin Dicetel Scoburen Visceralgine	
Antidiarrhéiques	Lopéramide	Arestal, Diaretyl, Diastrolib, Dyspagon, Ercestop, Gastrowell, Imodium, Indiaral, Peracel	
Traitement des aphtoses	Thalidomide	Thalidomide Celgene	Aphtoses sévères
Antalgiques - non opioïdes - opioïdes faibles - opioïdes forts	Non opioïdes : - Floctafénine - Néfopam - Paracétamol  - Acide acétylsalicylique + lysine	Idarad Acupan Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof	

	<p>Opiïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène</li>   <li>- Dihydrocodéine</li>   <li>- Tramadol</li>   <li>+ paracétamol</li> <li>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</li> </ul> <p>Morphiniques :</p> <p>Fentanyl Hydromorphone Morphine</p> <p>Oxycodone Péthidine</p>	<p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene</p> <p>Dicodin</p> <p>Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p> <p>Abstal, Actiq, Breakyl, Effentora, Recivit Sophidone, Sevredol Actiskenan, Oramorph Oxynorm Pethidine</p>	
Antidépresseurs	<p>Imipraminiques (tricycliques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amitriptyline</li> <li>- Amoxapine</li> <li>- Clomipramine</li> <li>- Dosulépine</li> <li>- Doxépine</li> <li>- Imipramine</li> <li>- Maprotiline</li> <li>- Trimipramine</li> </ul> <p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citalopram</li> <li>- Escitalopram</li> <li>- Fluoxétine</li> <li>- Fluvoxamine</li> <li>- Paroxétine</li> <li>- Sertraline</li> </ul> <p>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duloxétine</li> <li>- Milnacipran</li> <li>- Venlafaxine</li> </ul> <p>Autres antidépresseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agomélatine</li> <li>- Miansérine</li> <li>- Mirtazapine</li> <li>- Tianeptine</li> </ul> <p>Inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moclobémide (sélectif A)</li> <li>- Iproniazide (non sélectif)</li> </ul>	<p>Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil</p> <p>Seropram Seroplex Prozac Floxyfral Deroxat Zoloft</p> <p>Cymbalta Ixel Effexor</p> <p>Valdoxan Miansérine Norset Stablon</p> <p>Moclamine Marsilid</p>	En cas de syndrome dépressif

Antiépileptiques	Acide valproïque Carbamazépine Benzodiazépines : - Clobazam - Clonazépam Eslicarbazépine Ethosuximide Felbamate Gabapentine Lacosamide Lamotrigine Levetiracetam Oxcarbazépine Pérampanel Barbituriques : - Phénobarbital  - Primidone Hydantoïne : - Phénytoïne Pregabaline Retigabine Rufinamide Tiagabine Topiramate Vigabatrin Zonisamide	Depakine, Micropakine Tegretol  Urbanyl Rivotril Zebinix Zarontin Taloxa Neurontin Vimpat Lamictal Kepra Trileptal Fycompa  Alepsal, Gardenal, Kaneuron Mysoline  Di-hydan, Dilantin Lyrica Trobalt Inovelon Gabitril Epitomax Sabril Zonegran	Si épilepsie secondaire à lésion cérébrale
Acide folinique	Folinate de calcium	Elvorine, Folinoral, Lederfoline	Prévention de la toxicité des traitements anti- infectieux
Vitamines groupe B	du Pyridoxine (B6)	Becilan	Prévention de la neuropathie périphérique
Dépendance tabagique	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage tabagique
Dépendance alcoolique	Naltrexone Acamprosate Disulfirame Nalmefène	Revia Aotal Esperal Séincro	
Dépendance aux opioïdes	Buprénorphine Méthadone	Subutex Methadone	

**Tableau 57 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (d'après la HAS, 2011)**

### **2.10.3. Risque hémorragique**

L'infection par le VIH entraîne une thrombopénie. Il faudra donc connaître les valeurs de la numération de la formule sanguine (plaquettes) avant tout acte invasif. Il existe un risque hémorragique si le taux de plaquettes est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup> (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

#### **2.10.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

De plus, l'anesthésie ne doit pas contenir de vasoconstricteurs si la dernière consommation de cocaïne date des dernières 24 heures, afin de permettre à la drogue d'être correctement éliminée.

#### **2.10.5. Risque infectieux**

L'infection par le VIH entraîne une immunodépression profonde. Il est impératif de connaître le taux de LT CD4, ainsi que la charge virale, afin d'évaluer le risque infectieux (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux ») :

LT CD4 > 200/mm <sup>3</sup> PNN > 500/mm <sup>3</sup>	LT CD4 > 200/mm <sup>3</sup> PNN < 500/mm <sup>3</sup>	LT CD4 < 200/mm <sup>3</sup>
Tous les soins sont possibles en respectant les précautions habituelles.	Le patient est considéré comme immunodéprimé. Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif.	Ces patients sont très sensibles aux infections opportunistes. Ils bénéficient d'une antibioprophylaxie permanente (Bactrim). Cependant, une prise en charge en cabinet dentaire de ville est possible, après avis du médecin référent.

#### **2.10.6. Autres risques**

Il existe un risque de transmission virale patient-soignant en cas d'accident d'exposition au sang. Les précautions habituelles de protection (gants, masque, lunettes) sont obligatoires.

### 2.10.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	Ténofovir	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (APEC) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque de majoration de la néphrotoxicité.
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	Etravirine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC) → Diminution de l'efficacité de la clarithromycine.
	Névirapine	<u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Diminution des concentrations d'itraconazole.  FLUCONAZOLE (PE) → Augmentation des effets indésirables de la névirapine.
Inhibiteurs de protéase (IP)	Atazanavir Darunavir Fosamprénavir Lopinavir Ritonavir	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) → Augmentation des concentrations de clarithromycine.
Traitement de la pneumocystose	Pentamidine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque de majoration de la néphrotoxicité.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Triméthoprime	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (APEC) → Risque de majoration de l'hyperkaliémie.
Traitements des parasitoses intestinales Antispasmodiques	Triméthoprime	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (APEC) → Risque de majoration de l'hyperkaliémie.
	Dihexyvérine Scopolamine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> HYDROXYZINE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Addition des effets indésirables atropiniques à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....

Traitement des infections à CMV Traitement des cryptococcoses neuroméningées Traitement des candidoses Traitement de la leishmaniose viscérale	Foscarnet sodique Ganciclovir Valganciclovir	<u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque de majoration de la néphrotoxicité.
	Amphotéricine B	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) → Risque majoré d'hypokaliémie.  <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque de majoration de la néphrotoxicité.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Traitement des mycoses	Clarithromycine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Rifabutine	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) → Augmentation des effets indésirables de la rifabutine.  <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (ASDEC) → Diminution des concentrations d'itraconazole.
Traitement des aphtoses sévères	Thalidomide	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
Dépendance aux opioïdes	Buprénorphine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>CODEINE (ASDEC)</b> <b>TRAMADOL (ASDEC)</b> → Risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.  <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Augmentation des concentrations de buprénorphine.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.

	Méthadone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>CODEINE (ASDEC)</b> <b>TRAMADOL (ASDEC)</b> → Risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Benzodiazépines (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alizapride (APEC) → Risque majoré de dépression respiratoire.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) HYDROXYZINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (ASDEC)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antidiabétiques	Voir ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2	
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave	
VHB et du VHC	Voir ALD 6 : Hépatites B et C chroniques	
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Antiépileptiques	Voir ALD 9 : Epilepsies graves	
Dépendance au tabac	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	
Dépendance à l'alcool	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	
Tuberculose	Voir ALD 29 : Tuberculose	

**Tableau 58 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement du VIH et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : VIH			
Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Connaître le taux de LT CD4 et de PNN
Risque hémorragique	X		En cas de thrombopénie
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'AES



## 2.11. ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2

### 2.11.1. Généralités

Le diabète est une pathologie chronique correspondant à un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie). On parle d'hyperglycémie lorsque le taux de sucre (glycémie) à jeun est supérieur ou égal à 1,26g/L de sang. Ce trouble de l'assimilation des sucres est du à un dysfonctionnement de la sécrétion d'insuline par les cellules bêta du pancréas (îlots de Langerhans). En effet, l'insuline est l'hormone permettant de faire entrer le sucre du sang dans les cellules de l'organisme afin d'être stocké (Fredenrich, 2006).

Il existe principalement 2 types de diabètes :

- Le diabète de type 1 (anciennement diabète insulino-dépendant ou DID) : il concerne 10% des diabétiques, et se déclare chez les sujets jeunes. Il existe une prédisposition génétique familiale pour ce type de diabète. C'est une maladie auto-immune où les cellules produisant l'insuline sont détruites par l'organisme ; le pancréas ne sécrète donc pas d'insuline. Les symptômes sont : une soif intense (polydipsie), des urines abondantes (polyurie) et un amaigrissement rapide. Le traitement se fait par des apports d'insuline : par injection (seringue ou stylo) ou par une pompe à insuline (portable ou implantable).

- Le diabète de type 2 (anciennement diabète non insulino-dépendant ou DNID) : il concerne 85% des diabétiques, et se déclare chez les sujets de plus de 40 ans. Il existe un terrain génétique favorisant l'apparition du diabète de type 2 ; cependant, il est plus fréquent chez les personnes sédentaires, en surpoids ou en obésité. Il est traité dans un premier temps par des mesures hygiéno-diététiques, puis par des antidiabétiques oraux ou injectables.

Les complications du diabète sont identiques pour les deux types : les hyperglycémies répétées et prolongées entraînent une altération des parois des petits vaisseaux sanguins qui approvisionnent tous les tissus en oxygène et en éléments nutritifs. Ainsi, les répercussions peuvent être présentes sur plusieurs organes (troubles oculaires, neuropathie, sensibilité aux infections, néphropathie, maladies cardiovasculaires).

Au 31 Décembre 2013, en France, 2 250 760 patients étaient en ALD pour un diabète de type 1 ou un diabète de type 2.

## 2.11.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antidiabétiques oraux Biguanides	Metformine	Glucophage, Stagid	Diabète de type 2
Antidiabétiques oraux Sulfamides hypoglycémiants	Glibenclamide Gliclazide Glimépiride Glipizide	Daonil, Hemi-Daonil Diamcron Amarel Glibenese, Minidiab, Ozidia	Diabète de type 2
Antidiabétiques oraux Glinides	Répaglinide	Novonorm	Diabète de type 2
Antidiabétiques oraux Inhibiteurs des alphaglucosidases	Acarbose Miglitol	Glucor Diastabol	Diabète de type 2
Antidiabétiques oraux Inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4	Sitagliptine Sitagliptine + Metformine Vildagliptine Vildagliptine + Metformine Saxagliptine Saxagliptine + Metformine	Januvia, Xelevia Janumet, Velmetia Galvus Eucreas Onglyza Komboglyze	Diabète de type 2
Autres antidiabétiques Analogues du Glucagon-Like- Peptide-1	Exénatide Liraglutide Lixisénatide	Bydureon, Byetta Victoza Lyxumia	Diabète de type 2
Insuline et analogues de l'insuline	Insuline  Analogues	Actrapid, Insulatard, Insuman, Mixtard, Umuline Apidra, Lantus, Levemir, Humalog, Novomix, Novorapid	Diabète très déséquilibré
Hypolipidémiants Statines	Atorvastatine Simvastatine	Tahor Lodales, Zocor	Patients avec risque cardiovasculaire élevé
Antihypertenseurs	ARA II : - irbésartan - losartan - telmisartan  IEC : - lisinopril - ramipril	Aprovel, Ifirmasta Cozaar Micardis, Pritor, Tolura  Zestril Triatec	Patients avec un risque cardiovasculaire élevé
Anti agrégants plaquettaires	Aspirine Clopidogrel Aspirine + Clopidogrel	Kardegic, Modixis Plavix Duoplavin	Prévention du risque thrombotique
Anti VEGF	Ranibizumab	Lucentis	Traitement des complications oculaires
Médicaments urologiques	Alprostadil	Muse	Dysfonction érectile
Antidépresseurs tricycliques	Duloxétine	Cymbalta	Neuropathie douloureuse
Antiépileptiques	Carbamazépine Prégabaline	Tegretol Lyrica	Neuropathie douloureuse
Médicaments de la dépendance tabagique	Bupropion Nicotine  Varénicline	Zyban Nicopass, Nicorette, Nicotinell, Niquitin Champix	Aide au sevrage tabagique chez les patients dépendants

Tableau 59 : Médicaments prescrits dans le traitement du diabète (d'après la HAS, 2014)

### **2.11.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.11.4. Risque anesthésique**

Chez les patients dont le diabète est équilibré (taux d'hémoglobine glyquée HbA1c < 7%), l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière.

En cas de diabète non équilibré (HbA1c > 7%), les quantités d'anesthésique local avec vasoconstricteur seront modérées de façon à tenir compte du caractère hyperglycémiant de l'adrénaline.

### **2.11.5. Risque infectieux**

L'hémoglobine glyquée reflète l'équilibre glycémique :

- Si HbA1c < 7% : le diabète est considéré comme équilibré. Le patient fait donc partie de la population générale face au risque infectieux.

- Si HbA1c > 7% : le diabète est considéré comme non équilibré. Le patient est alors considéré comme ayant un risque infectieux accru. Il devra donc bénéficier d'une antibioprophylaxie avant tout acte invasif (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### **2.11.6. Autres risques**

Le risque de malaise hypoglycémique augmente avec le stress et la douleur. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

De plus, chez les patients insulino-dépendant, il est préférable d'aborder les soins après un repas. Il faudra également veiller à avoir une source de glucose à disposition en cas d'hypoglycémie.

### 2.11.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antidiabétiques oraux Sulfamides hypoglycémiants	Glibenclamide Gliclazide Glimépiride Glipizide	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) <b>MICONAZOLE (CI)</b> → Risque d'hypoglycémie.
Antidiabétiques oraux Glinides	Répaglinide	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) → Risque d'hypoglycémie.
Antidépresseurs tricycliques	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Antiépileptiques	Voir ALD 9 : Epilepsies graves	
Dépendance tabagique	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	
Hypolipidémiants - Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque	
Anti agrégants plaquettaires	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	

**Tableau 60 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement du diabète et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : DIABETE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Connaître le taux d'hémoglobine glyquée
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Si le diabète n'est pas équilibré
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque de malaise hypoglycémique

## **2.12. ALD 9 : Epilepsies graves**

### **2.12.1. Généralités**

L'épilepsie est une affection neurologique chronique. Les crises d'épilepsie sont dues à un dysfonctionnement transitoire de l'activité électrique au sein d'une population de neurones.

On différencie 2 types de crises d'épilepsie, selon leur déroulement visible et selon leur déroulement électrique (étudié grâce à l'électroencéphalogramme ou EEG) :

- les crises généralisées, avec perte totale de connaissance, intéressant les deux hémisphères cérébraux,
- les crises partielles, avec une légère altération de la conscience, concernant une population limitée de neurones.

Les symptômes d'une crise d'épilepsie dépendent du territoire cérébral concerné : ils peuvent aller d'une simple absence (de quelques secondes à plusieurs minutes), à une crispation musculaire localisée, ou encore à des convulsions avec spasmes généralisés des 4 membres (perte de connaissance, chute, morsure de langue, perte d'urine et amnésie temporaire).

Les crises d'épilepsie sont déclenchées par un foyer épileptogène, du à une cicatrice cérébrale : traumatisme crânien, souffrance cérébrale à la naissance, méningite, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale. Ce foyer épileptogène ne peut déclencher de crise que si l'état des neurones le permet : haut niveau d'excitabilité et inefficacité des systèmes stabilisateurs (action du neurotransmetteur GABA réduite). Lorsque le seuil épileptique est franchi, la crise apparaît. Plusieurs situations peuvent diminuer ce seuil : fatigue, manque de sommeil, surmenage, stimulation visuelle répétitive, consommation d'alcool, d'excitants ou de drogues.

Le traitement antiépileptique est symptomatique et non curatif ; il diminue la fréquence des crises, mais l'arrêt du traitement entraîne leur reprise. Cependant, un tiers des épilepsies sont pharmaco-résistantes. Il faudra donc envisager une intervention chirurgicale, si le foyer épileptogène peut être retiré sans dommage pour les fonctions cérébrales (Hirsch et coll., 2004).

Au 31 Décembre 2013, en France, 263 070 patients étaient en ALD pour des crises d'épilepsies graves.

## 2.12.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antiépileptiques	Acide valproïque Carbamazépine Benzodiazépines : - Clobazam - Clonazépan Eslicarbazépine Ethosuximide Felbamate Gabapentine Lacosamide Lamotrigine Levetiracetam Oxcarbazépine Pérampanel Barbituriques : - Phénobarbital  - Primidone Hydantoïne : - Phénytoïne Pregabaline Retigabine Rufinamide Tiagabine Topiramate Vigabatrin Zonisamide	Depakine, Micropakine Tegretol  Urbanyl Rivotril Zebinix Zarontin Taloxa Neurontin Vimpat Lamictal Kepra Trileptal Fycompa  Alepsal, Gardenal, Kaneuron Mysoline  Di-hydan, Dilantin Lyrica Trobalt Inovelon Gabitril Epitomax Sabril Zonegran	Le traitement doit être adapté par un spécialiste
Suppléments minéraux	Calcium  Potassium	Cacit, Calcidose, Calciforte, Calciprat, Calperos, Calprimum, Densical, Fixical, Orocal, Ossopan DiffuK, Kaleorid, NatiK	Si régime cétogène
Compléments vitaminiques	Acide folique  Vitamine D	Fertifol, Prefolic, Speciafoldine Adrigyl, Alfacalcidol, Cholecalciferol, Dedrogyl, Rocaltrol, Sterogyl, Un-Alfa, Uvedose, Uvesterol, Zymad	Si grossesse  Si mobilité du patient réduite

**Tableau 61 : Médicaments prescrits dans le traitement des épilepsies graves (d'après la HAS, 2014)**

## 2.12.3. Risques hémorragique, anesthésique et infectieux

Les patients souffrant d'épilepsies graves ne présentent pas de risque hémorragique, anesthésique ou infectieux. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

#### 2.12.4. Autres risques

En règle générale, chez un patient dont l'épilepsie est traitée et équilibrée, tous les soins sont possibles en suivant les précautions habituelles de la population générale. Cependant, le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise convulsive. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

Si le patient présente des convulsions pendant plus de 5 minutes ou souffre de crises répétées, il faudra suspecter un état de mal épileptique et appeler le SAMU (15).

Pour les patients épileptiques non traités ou non équilibrés, les soins dentaires devront se faire en milieu hospitalier.

#### 2.12.5. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux
Antiépileptiques	Carbamazépine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (PE) → Diminution des concentrations des corticoïdes.  <u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINE (PE) METRONIDAZOLE (PE) → Diminution des concentrations du métronidazol.  CLARITHROMYCINE (PE) JOSAMYCINE (PE) → Augmentation des concentrations de carbamazépine.  <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (PE) → Diminution des concentrations de l'itraconazole.  FLUCONAZOLE (PE) → Pour des doses de fluconazole > 200 mg par jour : augmentation des effets indésirables de la carbamazépine.
	Benzodiazépines : - Clobazam - Clonazépam Pérampanel Pregabaline	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) → Risque majoré de dépression respiratoire.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métopimazine (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.

	<p>Barbituriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phénobarbital</li> <li>- Primidone</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>  GLUCOCORTICOÏDES (PE)  → Diminution des concentrations des corticoïdes.</p> <p>CODEINE (APEC)  TRAMADOL (APEC)  → Risque majoré de dépression respiratoire.</p> <p><u>Antibiotiques</u>  DOXYCYCLINE (PE)  → Diminution des concentrations de la doxycycline.</p> <p>METRONIDAZOLE (PE)  → Diminution des concentrations du métronidazole.</p> <p><u>Antifongiques</u>  ITRACONAZOLE (PE)  → Diminution des concentrations de l'itraconazole.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u>  Alizapride (APEC)  Métoclopramide (APEC)  Métopimazine (APEC)  Alprazolam (APEC)  Lorazepam (APEC)  Oxazepam (APEC)  Diazepam (APEC)  Hydroxyzine (APEC)  → Majoration de la dépression centrale.</p>
	<p>Hydantoïne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phénytoïne</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>  GLUCOCORTICOÏDES (PE)  → Diminution des concentrations des corticoïdes.</p> <p><u>Antibiotiques</u>  DOXYCYCLINE (PE)  → Diminution des concentrations de la doxycycline.</p> <p>METRONIDAZOLE (PE)  → Diminution des concentrations du métronidazole.</p> <p><u>Antifongiques</u>  FLUCONAZOLE (PE)  MICONAZOLE (PE)  → Augmentation des concentrations de phénytoïne.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u>  DIAZEPAM (PE)  → Variations imprévisibles des concentrations de phénytoïne.</p>
<p>Suppléments minéraux</p>	<p>Potassium</p>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>  AINS (APEC)  → Risque de majoration de l'hyperkaliémie.</p>

**Tableau 62 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des épilepsies et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**



CE QU'IL FAUT RETENIR : EPILEPSIES GRAVES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses		X	Pas de contre-indication Pas d'association déconseillée
Autres	X		Risque de crise d'épilepsie

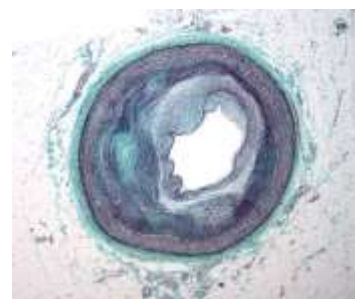
## 2.13. ALD 13 : Maladie coronarienne stable

### 2.13.1. Généralités

La maladie coronarienne est une pathologie où les patients décrivent une douleur ou une gêne thoracique durant plusieurs minutes lors d'un effort, pouvant irradier vers le bras gauche et la mâchoire. L'intensité de cette crise d'angor d'effort (ou angine de poitrine) ainsi que ses facteurs déclenchant sont constants dans le temps dans le cas d'une maladie coronarienne stable. Elle traduit le manque d'oxygène au niveau du cœur et la souffrance d'une partie des cellules du myocarde.

Elle est due à un épaississement de la paroi interne des vaisseaux irriguant le cœur. L'accumulation de dépôts graisseux (plaques d'athéromes) rétrécit, voire obstrue, la lumière des artères coronaires, diminuant ainsi le flux sanguin vers le cœur. C'est le phénomène d'athérosclérose (Bauters, 2008).

**Figure 10 : Photomicrographie d'une section d'artère coronaire (coloration de Masson) : athérosclérose et rétrécissement marqué de la lumière vasculaire (www.wikipedia.fr, 2009)**



Les facteurs de risque de la maladie coronarienne sont multiples : tabagisme, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, obésité, sédentarité, stress.

Outre les mesures hygiéno-diététiques, le traitement va être médicamenteux et chirurgical :

- les bêtabloquants ont pour but de diminuer la pression artérielle,
- les hypocholestérolémiants sont prescrits en cas de dyslipidémie,
- la nitroglycérine et les inhibiteurs calciques permettent de dilater les vaisseaux sanguins,
- les antiagrégants plaquettaires ont pour rôle de fluidifier le sang,
- l'angioplastie (avec ou sans pose de stent) consiste à dilater l'artère coronaire par voie endoluminale,
- le pontage coronarien utilise un segment de vaisseau sanguin, prélevé ailleurs dans l'organisme, afin de créer un détour, destiné à contourner la section obstruée de l'artère coronaire concernée.

Au 31 Décembre 2013, en France, 1 041 560 patients étaient en ALD pour une maladie coronarienne stable.

## 2.13.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anti agrégants plaquettaires	Acide acétylsalicylique	Aspirine, Kardegic, Modixis	Traitement à prendre à vie
	Clopidogrel + acide acétylsalicylique	Plavix Duoplavin	
	Prasugrel	Efient	
	Ticagrelor	Brilique	
Contrôle lipidique Statines	Atorvastatine Fluvastatine Pravastatine Rosuvastatine Simvastatine	Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor	Dyslipidémie
Dérivés nitrés	Isosorbide dinitrate Molsidomine Nicorandil Trinitrine	Isocard, Langoran, Risordan Corvasal Adancor, Ikorel Cordipatch, Diafusor, Discotrine, Epinitril, Natispray, Nitriderm, Nitronal, Trinipatch	Médicament à action immédiate en cas de crise angineuse
Antihypertenseurs Antagonistes de l'angiotensine II	Candésartan Eprosartan Irbésartan Losartan Olmesartan Telmisartan Valsartan	Atacand, Kenzen Teveten Aprovel, Ifirmasta Cozaar Alteis, Olmetec Micardis, Pritor, Tolura Nisis, Tareg	Si hypertension artérielle
Antihypertenseurs Bêtabloquants	Acebutolol Aténolol Bétaxolol Bisoprolol  Cartéolol Céliprolol Labétalol Métoprolol Nadolol Néбиволol Oxprénolol Pindolol Propranolol Tertatolol Timolol	Sectral Betatop, Tenormine Kerlone Bisoce, Cardensiel, Cardiocor, Détensiel Mikelan Celectol Trandat Lopressor, Seloken, Selozok Corgard Néбиволx, Temerit Trasicor Visken Avlocardyl, Syprol Artex Timacor	Si hypertension artérielle
Antihypertenseurs Inhibiteurs calciques	Amlodipine Félodipine Isradipine Lacidipine Lercanidipine Manidipine Nicardipine Nifédipine Nitrendipine Diltiazem  Vérapamil	Amlor Flodil Icaz Caldine Lercan, Zanidip Iperfen Loxen Adalate, Chronadalate Baypress, Nidrel Bitildiem, Deltazen, Dilrene, Monotildiem, Tildiem Isoptine	Si hypertension artérielle

Antihypertenseurs Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Imidapril Lisinopril Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril Zofenopril	Briem, Cibacene Lopril Justor Renitec Fozitec Tanatril Prinivil, Zestril Moex Coversyl Acuitel, Korec Triatec Odrik Teoula, Zofenil	Si hypertension artérielle
Dépendance nicotine	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage tabagique

**Tableau 63 : Médicaments prescrits dans le traitement de la maladie coronarienne stable (d'après la HAS, 2014)**

### **2.13.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.13.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une hypertension artérielle équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une hypertension artérielle non équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### **2.13.5. Risque infectieux**

Les chirurgies de la maladie coronaire (angioplastie, avec ou sans pose de stent, pontage coronarien) ne sont pas des facteurs de risque d'endocardite infectieuse. Ces patients ne sont pas considérés comme ayant un risque infectieux accru.

### 2.13.6. Autres risques

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher un syndrome coronarien aigu. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins. Si le patient présente des douleurs thoraciques ou un malaise, il faudra arrêter les soins et prévenir rapidement le SAMU (15).

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique lié au traitement antihypertenseur, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.13.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antihypertenseurs		Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque
Dépendance nicotine		Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques
Anti agrégants plaquettaires		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Contrôle lipidique - Statines		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral

**Tableau 64 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la maladie coronarienne stable et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : MALADIE CORONARIENNE STABLE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque de syndrome coronarien aigu

## 2.14. ALD 14 : Insuffisances respiratoires chroniques graves

### 2.14.1. Généralités

L'insuffisance respiratoire chronique se définit comme l'incapacité du système respiratoire à assurer normalement l'oxygénation du sang ainsi que l'élimination du dioxyde de carbone au niveau pulmonaire. Lors de la mesure des gaz du sang artériel, on trouve une pression partielle artérielle en dioxygène (PaO<sub>2</sub>) inférieure à 60mmHg ou une pression partielle artérielle en dioxyde de carbone (PaCO<sub>2</sub>) supérieure à 45mmHg. Ses deux causes principales sont l'asthme persistant sévère, ainsi que la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

L'asthme persistant sévère est une maladie inflammatoire chronique des bronches, qui apparaît par crise. Il se manifeste par des signes quotidiens (symptômes nocturnes fréquents) malgré un traitement optimal de 6 mois. L'activité physique est, en raison de la diminution de la fonction respiratoire, limitée.

Les symptômes typiques lors d'une crise comprennent :

- un essoufflement,
- une respiration sifflante,
- une sensation d'oppression thoracique,
- une difficulté à respirer à l'expiration,
- une toux.

Ils sont généralement associés à une fatigue intense et à une tachycardie.

En dehors des crises, la respiration est normale.

Des facteurs déclenchant engendrent une hyperréactivité bronchique, se traduisant par une contraction des fibres musculaires qui entourent les bronches. De plus, la paroi interne des bronchioles va s'inflammer et sécréter un mucus épais bloquant les bronches.

Cette hyperréactivité bronchique est due à des interactions complexes entre les prédispositions génétiques et familiales, l'environnement, et les allergies du patient. Le facteur déclenchant la crise peut être les pollens, les acariens, les poussières, les poils d'animaux, les moisissures ; le tabac est un facteur aggravant les crises. Le traitement passe également par le contrôle de l'environnement, afin d'éviter au maximum le contact avec l'allergène, lorsqu'il peut être trouvé (Ameille, 2011).

Dans la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les patients présentent une inflammation et une obstruction progressive des bronches, dues dans la majorité des cas au tabac ou à une exposition professionnelle à des produits chimiques nocifs (Ameille, 2011).

Les symptômes présents sont :

- toux ;
- expectoration (toux avec crachats), surtout le matin ;
- emphysème (destruction irréversible des alvéoles pulmonaires) ;
- essoufflement (dyspnée) : d'abord à l'effort, puis pour des efforts minimes, et enfin au repos dans les cas les plus sévères.

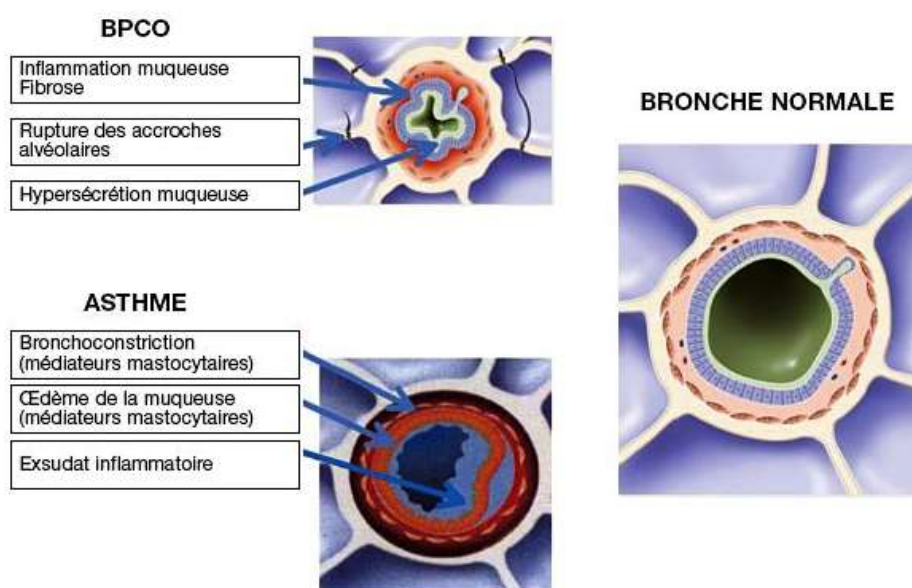


Figure 11 : Mécanismes de l'obstruction bronchique en cas de BPCO et d'asthme (www.jim.fr)

Le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique grave est identique, qu'elle soit secondaire à un asthme chronique grave ou à une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Le traitement de la crise passe par la prise de bronchodilatateurs par inhalation. Ils permettent la dilatation des bronches ; le soulagement des symptômes est immédiat (Roche et Huchon, 2011).

Le traitement de fond permet de diminuer l'inflammation bronchique, avec la prise de corticoïdes par inhalation ou en comprimés.

Dans les deux cas, la vaccination antigrippale annuelle est fortement recommandée. Au 31 Décembre 2013, en France, 370 980 patients étaient en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave (asthme et BPCO confondues).

## 2.14.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anticholinergiques	Glycopyrronium Ipratropium Tiotropium	Seebri Atrovent, Ipratrogen Spiriva	
Bêta-2 agonistes de courte durée d'action	Salbutamol  Terbutaline	Airomir, Asmasal, Ventilastin, Ventoline Bricanyl	
Bêta-2 agonistes de longue durée d'action	Bambutérol Formotérol  Indacatérol Olodatérol Salmétérol Terbutaline	Oxeol Asmelor, Atimos, Foradil, Formoair Onbrez Striverdi Serevent Bricanyl	
Corticoïdes	Béclométasone  Bétaméthasone Budésonide Ciclésonide Dexaméthasone Fluticasone Méthylprednisolone Mométasone Prednisolone Prednisone	Asmabec, Beclojet, Beclospin, Beclospray, Becotide, Bemedrex, Ecobec, Miflasone, Qvarspray Betnesol, Celestene Miflonil, Novopulmon, Pulmicort Alvesco Dectancyl Flixotide Medrol Asmanex Solupred Cortancyl	
Bêta-2 agoniste + anticholinergique	Fénotérol + Ipratropium Indacatérol + Glycopyrronium	Bronchodual Ultibro	
Bêta-2 agoniste + corticoïde	Béclométasone + Formotérol Budésonide + Formotérol Fluticasone + Formotérol Fluticasone + Salmétérol Fluticasone + Vilantérol	Formodual, Innovair Duoresp, Symbicort Flutiform Seretide Relvar	
Théophylline et dérivés	Bamifylline Théophylline	Trentadil Dilatrane, Euphylline, Tedralan, Theostat, Xanthium	
Antileucotriènes	Montélukast	Singulair	
Anticorps monoclonal	Omalizumab	Xolair	Asthme allergique persistant sévère
Dépendance tabagique	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Traitement des facteurs aggravants

**Tableau 65 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique grave (d'après la HAS, 2014)**



### **2.14.3. Risque hémorragique**

Les patients souffrant d'insuffisance respiratoire chronique grave ne présentent pas de risque hémorragique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.14.4. Risque anesthésique**

Les vasoconstricteurs associés à une solution anesthésique ne sont pas contre-indiqués chez les sujets souffrant d'insuffisance respiratoire chronique. L'adrénaline seule est d'ailleurs utilisée pour ses propriétés broncho-dilatatrices dans le traitement de l'asthme.

### **2.14.5. Risque infectieux**

Le traitement par corticoïdes sur une longue durée peut entraîner une immunodépression. Ces patients sont donc considérés comme ayant un risque infectieux potentiel accru. Les actes invasifs devront donc se faire avec une antibioprophylaxie.

### **2.14.6. Autres risques**

Les patients souffrant d'insuffisance respiratoire chronique grave peuvent déclencher une crise d'asthme au contact de poussière d'émail ou de résine.

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise d'asthme. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débuter les soins.

Les patients dont le terrain est très atopique peuvent présenter d'autres allergies : sulfites (conservateurs présents dans les anesthésiques avec vasoconstricteurs), latex, poussière.

## 2.14.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Anticholinergiques	Ipratropium	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> HYDROXYZINE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Effets indésirables atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)
Corticoïdes	Bétaméthasone Hydrocortisone Méthylprednisolone Prednisolone Prednisone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> → Majoration du risque hémorragique.  AINS (APEC) → Augmentation du risque d'ulcération et d'hémorragie gastro- intestinale.  <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) → Risque majoré d'hypokaliémie.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Ciclésone Fluticasone Mométasone	<u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Augmentation des concentrations du corticoïde.
	Budésone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> → Majoration du risque hémorragique.  AINS (APEC) → Augmentation du risque d'ulcération et d'hémorragie gastro- intestinale.  <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Augmentation des concentrations du corticoïde.
	Dexaméthasone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> AINS (APEC) → Augmentation du risque d'ulcération et d'hémorragie gastro- intestinale.  <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Augmentation des concentrations de la dexaméthasone.  <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) → Risque majoré d'hypokaliémie.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.

Théophylline et dérivés	Théophylline	<u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC) JOSAMYCINE (APEC) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Risque d'augmentation de la théophyllinémie.
Dépendance tabagique	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	

**Tableau 66 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique grave et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié aux corticoïdes en cure longue
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque de crise d'asthme

## 2.15. ALD 15 : Maladie d'Alzheimer

### 2.15.1. Généralités

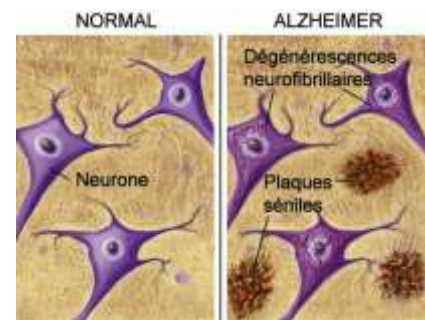
La démence se définit comme l'affaiblissement des aptitudes cognitives, au point d'interférer avec la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer en est la forme la plus connue ; elle représente 60 à 80% des cas.

On lui associe généralement deux types de lésions, touchant d'abord l'hippocampe, région importante de la mémoire, puis se répandant à l'ensemble du cortex cérébral :

- les plaques amyloïdes ou séniles, que l'on retrouve entre les neurones,
- et la dégénérescence neurofibrillaire, que l'on retrouve à l'intérieur des neurones.

Les deux sont des amas de protéines bêta amyloïde qui se forment lors du processus normal de vieillissement. Ces protéines s'accumulent cependant en beaucoup plus grande quantité dans la maladie d'Alzheimer.

**Figure 12 : Lésions de la maladie d'Alzheimer :  
dégénérescences neurofibrillaires à l'intérieur des neurones  
et plaques séniles entre les cellules (www.neur-one.fr, 2015)**



Pour diagnostiquer une démence, au moins deux des fonctions mentales essentielles doivent être affectées (Drouet, 2009) :

- la mémoire,
- la communication et le langage,
- la capacité à se concentrer et à rester attentif,
- le raisonnement et le jugement,
- la perception visuelle.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, l'apparition des signes est lente et les symptômes s'aggravent avec le temps :

- perte de mémoire (concernant les informations récemment enregistrées)
- difficulté à planifier ou à résoudre un problème
- difficulté à exécuter les tâches familières à la maison, au travail ou durant les loisirs

- confusion avec le temps ou le lieu
- problèmes d'expression orale ou écrite
- jugement amoindri
- retrait du travail et des activités sociales
- changement d'humeur et de la personnalité.

Il n'existe pas de traitement arrêtant la progression de la maladie d'Alzheimer ; seule une amélioration temporaire des symptômes peut être attendue.

Au 31 Décembre 2013, en France, 300 720 patients étaient en ALD pour une maladie d'Alzheimer.

### 2.15.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Inhibiteurs de la cholinestérase	Donépézil Galatamine Rivastigmine	Aricept Reminyl Exelon	Instauration au stade léger à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer
Antiglutamate	Mémantine	Ebixa	Instauration au stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer
Antipsychotiques (neuroleptiques)	Rispéridone	Risperdal	Troubles psychotiques sévères
Antidépresseurs	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : - citalopram - escitalopram - fluoxétine - paroxétine - sertraline IMAO sélectif A : - moclobémine Autres antidépresseurs : - miansérine - mirtazapine - tianeptine	Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft  Moclamine  Miansérine Norset Stablon	En cas de dépression, de comportements d'agitation, de désinhibition, d'anxiété et d'instabilité
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Clotiazépam - Lorazépam - Oxazépam	Xanax Veratran Temesta Seresta	En cas d'agitation aiguë en cure courte
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Témazépam Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Normison Stilnox Imovane	En cas de troubles du sommeil isolés, à réévaluer régulièrement en cure courte

**Tableau 67 : Médicaments prescrits dans le traitement de la maladie d'Alzheimer (d'après la HAS, 2012)**

### 2.15.3. Risque hémorragique

Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ne présentent pas de risque hémorragique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### 2.15.4. Risque anesthésique

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

### 2.15.5. Risque infectieux

Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer font partie de la population générale face au risque infectieux. Cependant, un âge avancé (> 75 ans) peut entraîner une immunodépression. Il sera donc nécessaire de prendre contact avec le médecin traitant afin d'évaluer ce risque.

### 2.15.6. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Inhibiteurs de la cholinestérase	Donépézil Galantamine Rivastigmine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Neuroleptiques	Voir ALD 23 : Schizophrénies	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves	
Hypnotiques	Voir ALD 23 : Troubles bipolaires	

**Tableau 68 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la maladie d'Alzheimer et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : MALADIE D'ALZHEIMER

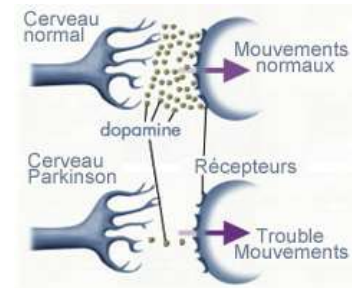
Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Problèmes d'observance et perte d'autonomie

## 2.16. ALD 16 : Maladie de Parkinson

### 2.16.1. Généralités

La maladie de Parkinson est une maladie neurologique chronique dégénérative affectant le système nerveux central. C'est la deuxième maladie neurodégénérative la plus répandue après la maladie d'Alzheimer.

Son origine est mal connue, mais elle semble être essentiellement génétique. Elle est due à la dégénérescence de la zone cérébrale produisant la dopamine, neurotransmetteur permettant la transmission d'informations entre les neurones.



**Figure 13 : Effet de la dopamine dans la maladie de Parkinson (www.inserm.fr, 2015)**

Son diagnostic est uniquement clinique :

- akinésie (lenteur et difficulté des mouvements)
- hypertonie musculaire (rigidité au niveau du rachis et des membres)
- tremblements au repos.

Des symptômes secondaires sont également présents : douleurs, crampes, fourmillements, anxiété, dépression.

La maladie de Parkinson évolue en 5 stades (Corvol, 2015) :

- stade I : les premiers signes de la maladie sont présents et unilatéraux mais ne gênent pas le patient au quotidien.
- stade II : les signes cliniques sont unilatéraux et commencent à avoir des répercussions sur la vie quotidienne du patient.
- stade III : les signes cliniques sont bilatéraux et entraînent une modification de la posture du patient.
- stade IV : le handicap devient plus important, la marche est encore possible mais l'autonomie devient limitée.
- stade V : la marche est impossible, la perte d'autonomie est totale.

Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif contre la maladie de Parkinson. Cependant, certains médicaments existent contre les symptômes moteurs : ils ont pour but de rétablir une concentration normale en dopamine dans le cerveau.

Au 31 Décembre 2013, en France, 108 120 patients étaient en ALD pour une maladie de Parkinson.



## 2.16.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
IMAO B	Sélégiline Rasagiline	Deprenyl, Otrasel Azilect	Médicaments antiparkinsoniens
Agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot de seigle	Ropinirole Piribédil Pramipexole	Requip Trivastal Sifrol	
Agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle	Bromocriptine Lisuride	Parlodel Arolac, DoperGINE	
Autres dopaminergiques	Amantadine Apomorphine Rotigotine	Amantadinal Apokinson Neupro	
Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyl transférase	Entacapone Tolcapone	Comtan Tasmar	
L-Dopa (précurseur de la dopamine)	Lévodopa + benserazide Lévodopa + carbidopa Lévodopa + carbidopa + entécapone	Modopar Duodopa, Sinemet Stalevo	
Antihypotenseurs	Midodrine	Gutron	Traitement de l'hypotension orthostatique
Antipsychotiques	Clozapine	Leponex	Traitement des psychoses parkinsoniennes
Anticholinestérasiques	Rivastigmine	Exelon	Traitement d'une démence chez les patients avec une maladie de Parkinson idiopathique
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépan - Nitrazépan - Témazépan Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Mogadon Normison Stilnox Imovane	Troubles du sommeil
Antalgiques	Non opioïdes : - Floctafénine - Néfopam - Paracétamol  - Acide acétylsalicylique + lysine	Idarad Acupan Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan  Aspirine Aspégic, Huvanof	En cas de douleurs

	<p>Opioïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine</li> <li>+ ac. acétyls.</li> <li>+ paracétamol</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ ac. acétyls. + parac.</li> <li>+ para. + caféine</li> <li>+ ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ paracétamol</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opium</li> <li>+ paracétamol + caféine</li> <li>+ paracétamol</li> </ul>	<p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane</p> <p>Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene Dicodin Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	
Stimulants de la motricité intestinale	Dompéridone	Bisperidys, Motilium, Peridys	En cas de nausées
Antidépresseurs	<p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- citalopram</li> <li>- escitalopram</li> <li>- fluoxétine</li> <li>- paroxétine</li> <li>- sertraline</li> </ul> <p>IMAO sélectif A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moclobémide</li> </ul> <p>IMAO non sélectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iproniazide</li> </ul> <p>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- duloxétine</li> <li>- milnacipran</li> <li>- venlafaxine</li> </ul> <p>Antidépresseurs imipraniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amitriptyline</li> <li>- amoxapine</li> <li>- clomipramine</li> <li>- dosulépine</li> <li>- doxépine</li> <li>- imipramine</li> <li>- maprotiline</li> <li>- trimipramine</li> </ul> <p>Autres antidépresseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agomélatine</li> <li>- miansérine</li> <li>- mirtazapine</li> <li>- tianeptine</li> </ul>	<p>Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft</p> <p>Moclamine</p> <p>Marsilid</p> <p>Cymbalta Ixel Effexor</p> <p>Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil</p> <p>Valdoxan Miansérine Norset Stablon</p>	Si épisode dépressif

Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorazépate dipotassique - Clotiazépam - Diazépam - Etifoxine - Loflazéapte d'éthyle - Lorazépam - Prazépam - Prégabaline - Nordazépam - Oxazépam Buspirone Hydroxyzine	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl Tranxene  Veratran Valium Stresam Victan  Temesta Lysanxia Lyrica Nordaz Seresta Buspirone Atarax	Si anxiété
Myorelaxants à action périphérique	Toxine botulinique	Botox	Traitement des dystonies des orteils
Anticholinergiques	Bipéridène Trihexyphénidyle Tropatépine	Akineton Artane, Parkinane Lepticur	Traitement des troubles urinaires
Laxatifs	Bisacadyl Docusate sodique Lactitol Lactulose  Magnésium hydroxyde Mucilage  Pentaérythritol Picosulfate de sodium Polyéthylène glycol Sorbitol	Contalax, Dulcolax Jamylene Importal Duphalac, Laxaron, Melaxose, Transulose Chlorumagene, Magnesie Karayal, Mucivital, Normacol, Psylia, Psyllium, Spagulax, Transilane Auxitrans Fructines Forlax, Macrogol, Movicol, Transipeg	Traitement de la constipation

**Tableau 69 : Médicaments prescrits dans le traitement de la maladie de Parkinson (d'après la HAS, 2014)**

### **2.16.3. Risque hémorragique**

Les patients souffrant de la maladie de Parkinson ne présentent pas de risque hémorragique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### **2.16.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

### **2.16.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant de la maladie de Parkinson font partie de la population générale face au risque infectieux. Cependant, un âge avancé (> 75 ans) peut entraîner une immunodépression. Il sera donc nécessaire de prendre contact avec le médecin traitant afin d'évaluer ce risque.

### **2.16.6. Autres risques**

L'utilisation d'une calle en caoutchouc peut aider le patient à garder la bouche ouverte.

La pose de la digue et une aspiration puissante permettent d'éviter les troubles de la déglutition causés par l'écoulement de salive.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique lié aux traitements antiparkinsoniens, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.16.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Dopaminergiques	Amantadine Apomorphine Entacapone Piribédil Pramipexole Rasagiline Ropinirole Rotigotine Sélégiline Tolcapone	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC)</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> → Antagonisme réciproque entre le dopaminergique et le neuroleptique.</p>
	Bromocriptine Lisuride	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC)</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.</p> <p><u>Antibiotiques</u> <b>JOSAMYCINE (ASDEC)</b> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> → Augmentation des concentrations du dopaminergique.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> → Antagonisme réciproque entre le dopaminergique et le neuroleptique.</p>
L-Dopa (précurseur de la dopamine)	Lévodopa	<p><u>Antibiotiques</u> SPIRAMYCINE (PE) → Diminution des concentrations plasmatiques de la lévodopa.</p> <p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> → Antagonisme réciproque entre le dopaminergique et le neuroleptique.</p>
	Carbidopa	<p><u>Antibiotiques</u> SPIRAMYCINE (PE) → Inhibition de l'absorption de la carbidopa</p>
Anticholinestérasiques	Rivastigmine	<p><u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.</p>

Stimulants de la motricité intestinale	Dompéridone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>HYDROXYZINE (CI)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
Anticholinergiques	Bipéridène Trihexyphénidyle Tropatépine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) HYDROXYZINE (APEC) → Addition des effets indésirables atropiniques à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....
Neuroleptiques	Voir ALD 23 : Schizophrénies	
Hypnotiques	Voir ALD 23 : Troubles bipolaires	
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves	

**Tableau 70 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la maladie de Parkinson et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : MALADIE DE PARKINSON

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'hypotension orthostatique

## **2.17. ALD 17 : Hémochromatose liée au gène HFE (type 1)**

### **2.17.1. Généralités**

L'hémochromatose de type 1 correspond à une hyperabsorption du fer par l'intestin. Elle a pour conséquence l'accumulation de cet élément dans l'organisme, notamment au niveau du foie, du cœur et de la peau. C'est la première maladie génétique en France, elle concerne 1 naissance sur 3 000.

Cette maladie héréditaire autosomique récessive est due à une mutation du gène HFE. Pour être malade, les deux copies du gène HFE doivent porter une mutation (Brissot et coll., 2006).

La surcharge en fer se mettant en place lentement, les manifestations cliniques sont tardives (après 40 ans) :

- fatigue inexplicée (asthénie)
- mélanodermie (coloration grise de la peau)
- douleurs articulaires (arthrite)
- troubles de la libido
- atteinte hépatique (augmentation des transaminases, hépatomégalie)
- atteinte cardiaque (insuffisance ventriculaire gauche, trouble du rythme)
- atteinte endocrinienne (diabète, hypothyroïdie)

Chez la femme, la maladie s'exprime plus tardivement et moins sévèrement que chez l'homme, en raison des pertes menstruelles et des grossesses (pertes de fer régulières).

Le traitement consiste en des saignées (phlébotomies) régulières. L'objectif est d'atteindre une ferritinémie inférieure à 50µg/L de sang.

Le traitement passe également par des injections sous cutanées d'un chélateur du fer.

Pour les douleurs articulaires, les antalgiques et les anti-inflammatoires devront être prescrits en prenant en compte l'atteinte hépatique du patient : ne pas prescrire d'antalgiques hépatotoxiques (paracétamol) ni de glucocorticoïdes.

Au 31 Décembre 2013, en France, 63 360 patients étaient en ALD pour une maladie métabolique héréditaire (dont l'hémochromatose).

### 2.17.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Traitement chélateurs du fer	Déféroxamine	Desferal	Si contre indication de la saignée

**Tableau 71 : Médicaments prescrits dans le traitement de l'hémochromatose (d'après la HAS, 2012)**

### 2.17.3. Risques hémorragique, anesthésique et infectieux

Les patients souffrant de bilharziose compliquée ne présentent pas de risque hémorragique, anesthésique ou infectieux. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.17.4. Interaction médicamenteuse

Pas d'interaction médicamenteuse avec la molécule DEFEROXAMINE.

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : HEMOCHROMATOSE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses		X	
Autres		X	



## **2.18. ALD 19 : Néphropathie chronique grave**

### **2.18.1. Généralités**

La néphropathie chronique grave se définit comme la détérioration progressive et irréversible de la capacité des reins à assurer leurs trois fonctions :

- filtration sanguine et production d'urine afin d'éliminer les déchets du métabolisme ;
- production d'hormones régulant la pression artérielle et la production de globules rouges sanguins ;
- gestion des concentrations en éléments minéraux (sodium, calcium, potassium) et des quantités de liquides dans l'organisme.

Les causes les plus courantes d'une néphropathie chronique sont le diabète (types 1 et 2) et l'hypertension artérielle, entraînant un endommagement des petits vaisseaux sanguins aboutissant aux néphrons (Gauthier, 2009).

Cependant, des pyélonéphrites récidivantes, une maladie polykystique des reins, une obstruction des voies urinaires et l'utilisation excessive de médicaments à métabolisme rénal peuvent également entraîner une néphropathie chronique grave.

Les symptômes de cette pathologie sont tardifs, et deviennent perceptibles lorsque la maladie a déjà atteint un stade avancé :

- œdèmes au niveau des pieds, des jambes, des chevilles, et des paupières ;
- douleur à la miction ;
- diminution du volume des urines, miction plus fréquentes ;
- goût désagréable en bouche ;
- urine mousseuse, trouble, de couleur foncée ;
- hypertension artérielle ;
- asthénie, anorexie, anémie ;
- diminution du volume des reins à l'échographie ;
- douleurs lombaires.

Le traitement permet de lutter contre les symptômes de la maladie : antihypertenseurs, médicaments diminuant les taux de phosphore et de potassium, diurétiques, vitamine D, calcium. Lorsque la maladie atteint un stade plus avancé, le patient devra être dialysé (hémodialyse ou dialyse péritonéale).

La greffe rénale est le seul traitement définitif de l'insuffisance rénale chronique, et s'adresse à des patients relativement jeunes et ne présentant pas de contre indication à la transplantation rénale (obésité, antécédents tumoraux, diabète, maladie cardio-vasculaire, BPCO).

Au 31 Décembre 2013, en France, 135 650 patients étaient en ALD pour néphropathie chronique grave.

### 2.18.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antihypertenseurs	ARA II : - irbésartan - losartan IEC : - bénazépril - captopril - lisinopril - ramipril	Aprovel, Ifirmasta Cozaar  Briem, Cibacene Lopril Zestril Triatec	Hypertension artérielle
Hypolipémiants	Fibrates : - bézafibrate - ciprofibrate - fénofibrate - gemfibrozil  Résine chélatrice des acides biliaires : - colestyramine  Statines : - atorvastatine - fluvastatine - pravastatine - rosuvastatine - simvastatine  Inhibiteurs de l'absorption intestinale : - ézétimibe	Befizal Lipantor Fegenor, Lipanthy, Secalip Lipur  Questran  Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor  Ezetrol	Dyslipidémie
Agents stimulant l'érythropoïèse	Darbépoétine Epoétine	Aranesp Binocrit, Eporatio, Eprex, Mircera, Neorecormon, Retacrit	Anémie
Éléments minéraux	Fer	Ascofer, Fero-grad, Ferrostrane, Fumafer, Inofer, Tardyferon, Timoferol, Venofer	Carence martiale
Résines échangeuses d'ions	Sulfonate de sodium Sels de calcium  Sevelamer Carbonate de lanthane	Kayexalate, Resikali Cacit, Calcidose, Calciforte, Calciprat, Calperos, Calprimum, Caltrate, Densical, Fixical, Orocal, Ossopan, Renagel, Renvela Fosrenol	Hyperkaliémie

Vitamines	B9 (acide folique) B12 D : - ergocalciférol - cholécalciférol - calcifédiol - alfacalcidol - calcitriol	Speciafoldine, Tardyferon Cyanocobalamine, Dodecavit  Sterogyl, UvesterolAdrigyl, Dedrogyl, Uvedose, Zymad Dedrogyl Un-Alfa Rocaltrol, Silkis	
Traitement anticoagulant	Antivitamines K - warfarine - acénocoumarol - fluindione	Coumadine Sintrom, Minisintrom Previscan	Syndrome néphrotique secondaire
	Anticoagulants non AVK - dabigatran - rivaroxaban - apixaban	Pradaxa Xarelto Eliquis	
Dépendance nicotinique	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage de la cigarette

**Tableau 72 : Médicaments prescrits dans le traitement de la néphropathie chronique grave (d'après la HAS, 2013)**

### **2.18.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique.

De plus, l'insuffisance rénale sévère provoque une altération des fonctions plaquettaires ; d'autre part, les dialyses répétées entraînent une thrombopénie.

Il faudra donc connaître les valeurs de la numération de la formule sanguine (plaquettes) avant tout acte invasif.

Il existe un risque hémorragique si le taux de plaquettes est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup>.

### **2.18.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une hypertension artérielle équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une hypertension artérielle non équilibrée, ou s'il est traité par Digoxine, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### 2.18.5. Risque infectieux

L'insuffisance rénale sévère provoque une perturbation de l'immunité cellulaire et humorale. Les patients souffrant de néphropathie sont donc considérés comme immunodéprimés. Une numération de la formule sanguine sera donc nécessaire afin de déterminer le risque infectieux (lymphocytes et polynucléaires neutrophiles). Une antibioprophylaxie devra être mise en œuvre avant tout acte invasif (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### 2.18.6. Autres risques

Les médicaments néphrotoxiques (Aciclovir, Amphotéricine B) devront être évités. Tous les médicaments à métabolisme rénal devront être prescrits à des doses inférieures à la dose usuelle. Prendre contact avec le médecin généraliste afin d'adapter la posologie.

### 2.18.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Eléments minéraux	Fer	<u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINE (PE) → Diminution de l'absorption digestive des cyclines.
Résines échangeuses d'ions	Sulfonate de sodium Sels de calcium Sevelamer Carbonate de lanthane	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption intestinale et de l'efficacité d'autres médicaments pris simultanément.
Anticoagulants	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Dépendance nicotinique	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque	
Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	

**Tableau 73 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des néphropathies et les médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : NEPHROPATHIES CHRONIQUES GRAVES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Perturbations immunitaires
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique et à la neutropénie
Risque anesthésique	X		Si HTA associée
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Adapter la posologie des médicaments à métabolisme rénal

## 2.19. ALD 20 : Paraplégie

### 2.19.1. Généralités

La paraplégie est la paralysie plus ou moins totale des deux membres inférieurs et de la partie basse du tronc ; elle concerne tout le territoire situé plus bas que la lésion de la moelle épinière qui la provoque (Perrouin-Verbe et coll., 2008).

Les patients paraplégiques souffrent de troubles moteurs, sphinctériens et sensitifs. La paralysie peut être complète (absence totale de sensibilité et de motricité en dessous de la lésion) ou incomplète (persistance d'une sensibilité et d'une motricité volontaire en dessous de la lésion).

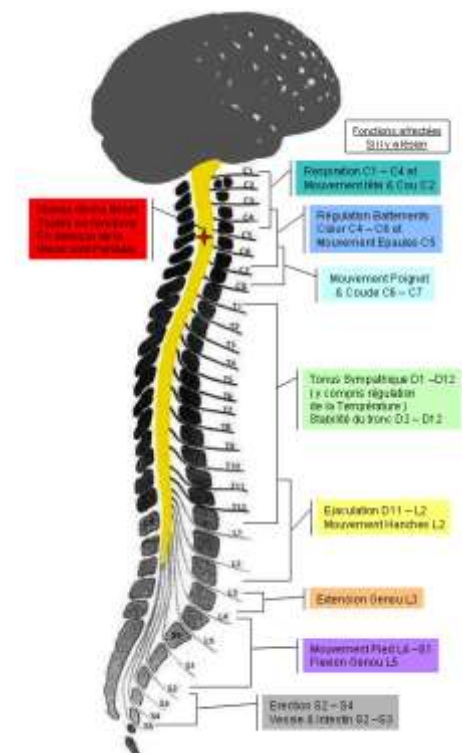
Plusieurs types de douleurs peuvent également être observés : douleurs ostéo-articulaires (lombalgies), douleurs viscérales (crampes abdominales), douleurs de spasticité, douleurs radiculaires (sciatiques), douleurs neuropathiques centrales (liées à la lésion médullaire).

La paraplégie est causée par une lésion de la moelle épinière située sous la septième vertèbre cervicale (C7) et au dessus de la deuxième vertèbre lombaire (L2).

La lésion peut être :

- accidentelle ou traumatique ;
- tumorale (maligne ou bénigne) ;
- vasculaire (hématome épidural) ;
- infectieuse (infection d'un disque intervertébral) ;
- inflammatoire (comme c'est le cas dans la SEP) ;
- malformative ;
- compressive.

**Figure 14 : Fonctions affectées selon le niveau neurologique de l'atteinte de la moelle épinière (Lallemand, 2007)**



Le traitement est très variable en fonction de la gravité du handicap.

Au 31 Décembre 2013, en France, 33 770 patients étaient en ALD pour une paraplégie.

## 2.19.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Anticholinergiques	Fésotérodine Flavoxate Oxybutynine Solifénacine Toltérodine Trospium	Toviaz Urispas Ditropan, Driptane Vesicare Detrusitol Ceris, Trospipham	Traitements de l'hyperactivité vésicale et de l'impériosité urinaire
Myorelaxants à action périphérique	Toxine botulinique	Botox	Hémispasme facial
Myorelaxants à action centrale	Baclofène	Lioresal	Spasticité diffuse
Prostaglandines intracaverneuses	Alprostadil	Caverject, Edex	Dysfonction érectile chez l'homme
Hormones antidiurétiques	Desmopressine	Minirin, Octim	Nycturie
Laxatifs	Bisacadyl Docusate sodique Lactitol Lactulose  Magnésium hydroxyde Mucilage  Pentaérythritol Picosulfate de sodium Polyéthylène glycol  Sorbitol	Contalax, Dulcolax Jamylene Importal Duphalac, Laxaron, Melaxose, Transulose Chlorumagene, Magnesie Karayal, Mucivital, Normacol, Psylia, Psyllium, Spagulax, Transilane Auxitrans Fructines Forlax, Macrogol, Movicol, Transipeg Hepargitol	Constipation
Antispasmodiques	Atropine sulfate Papavérine Phloroglucinol Scopolamine	Atropine sulfate Papavérine Spasfon, Spascalm Scoburen	Douleurs abdominales
Inhibiteurs de la pompe à protons	Esomeprazole Lansoprazole Omeprazole Pantoprazole Rabéprazole	Inexium Lanzor, Ogast, Ogastoro Mopral, Zoltum Eupantol, Inipomp Pariet	Gastrites et ulcères gastro-duodénaux
Antiacides et pansements gastriques	Argile  Kaolin Polyvinyl polypyrrolidone Silicone	Actapulgate, Bedelix, Diosmectite, Smecta Elusanes Bolinan, Polykaraya Imonogas, Pepsane, Polysilane UPSA, Siligaz	
Antihypotenseurs	Midodrine	Gutron	Hypotension orthostatique sévère
Sialogogues	Anétholtrithione Pilocarpine	Sulfarlem Salagen Artisial	Diminuer les effets secondaires des anticholinergiques
Médicaments de l'équilibre calcique	Calcitonine	Cadens, Calsyn, Miacalcic	Hypercalcémie maligne
Biphosphonates	Acide alendronique + vitamine D3 Acide ibandronique Acide risédronique Acide zolédronique	Fosamax Adrovanche, Fosavance Bonviva Actonel Aclasta, Zometa	Déminéralisation sous-lésionnelle et hypercalcémie maligne

Hypolypémiants	<p>Fibrates :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bézafibrate</li> <li>- ciprofibrate</li> <li>- fénofibrate</li> <li>- gemfibrozil</li> </ul> <p>Résine chélatrice des acides biliaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colestyramine</li> </ul> <p>Statines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atorvastatine</li> <li>- fluvastatine</li> <li>- pravastatine</li> <li>- rosuvastatine</li> <li>- simvastatine</li> </ul> <p>Inhibiteurs de l'absorption intestinale :</p> <p>ézétimibe</p>	<p>Befizal Lipanor Fegenor, Lipanthyl, Secalip Lipur</p> <p>Questran</p> <p>Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor</p> <p>Ezetrol</p>	Traitement et prévention des affections métaboliques liées à l'immobilisation
Antidiabétiques	<p>Metformine Glibenclamide Gliclazide Glimépiride Glipizide Répaglinide Acarbose Miglitol Sitagliptine Sitagliptine + Metformine Vildagliptine Vildagliptine + Metformine Saxagliptine Saxagliptine + Metformine Exénatide Liraglutide Lixisénatide</p>	<p>Glucophage, Stagid Daonil, Hemi-Daonil Diamcron Amarel Glibenese, Minidiab, Ozidia Novonorm Glucor Diastabol Januvia, Xelevia Janumet, Velmetia Galvus Eucreas Onglyza Komboglyze Bydureon, Byetta Victoza Lyxumia</p>	Traitement et prévention des affections métaboliques liées à l'immobilisation
Anticoagulants AVK	<p>Warfarine Acénocoumarol Fluindione</p>	<p>Coumadine Sintrom, Minisintrom Previscan</p>	Prévention ou traitement des complications thrombo- emboliques
Antalgiques AINS	<p>Non opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Floctafénine</li> <li>- Néfopam</li> <li>- Paracétamol</li> </ul> <p>- Acide acétylsalicylique + lysine</p>	<p>Idarad Acupan Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan</p> <p>Aspirine Aspégic, Huvanof</p>	Douleurs nociceptives musculo-squelettiques et viscérales



	<p>Opiïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine</li> <li>+ ac. acétyls.</li> <li>+ paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac.</li> <li>+ para. + caféine</li> <li>+ ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol</li>   <li>+ paracétamol</li> <li>- Opium</li> <li>+ paracétamol + caféine</li> <li>+ paracétamol</li> </ul>	<p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane</p> <p>Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene Dicodin Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	
Morphiniques et apparentés	Fentanyl Hydromorphone Morphine Oxycodone Péthidine	Abstal, Breakyl, Effentora Sophidone, Sevredol Actiskenan, Oramorph Oxynorm Pethidine	Douleurs intenses résistantes aux antalgiques de niveau plus faible
Antiépileptiques	Carbamazépine Gabapentine Prégabaline	Tegretol Neurontin Lyrica	Douleurs neuropathiques
Antidépresseurs	Amitriptyline Clopramine Imipramine	Elavil, Laroxyl Anafranil Tofranil	Douleurs neuropathiques
Antidépresseurs	<p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- citalopram</li> <li>- escitalopram</li> <li>- fluoxétine</li> <li>- paroxétine</li> <li>- sertraline</li> </ul> <p>IMAO sélectif A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moclobémine</li> </ul> <p>Autres antidépresseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- miansérine</li> <li>- mirtazapine</li> <li>- tianeptine</li> </ul>	<p>Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft</p> <p>Moclamine</p> <p>Miansérine Norset Stablon</p>	Troubles dépressifs
Anxiolytiques	<p>Benzodiazépines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alprazolam</li> <li>- Bromazépam</li> <li>- Clobazam</li> <li>- Clorazépate dipotassique</li> <li>- Clotiazépam</li> <li>- Diazépam</li> <li>- Loflazéapte d'éthyle</li> <li>- Lorazépam</li> <li>- Prazépam</li> <li>- Nordazépam</li> <li>- Oxazépam</li> </ul> <p>Buspirone Hydroxyzine</p>	<p>Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl</p> <p>Tranxene Veratran Valium</p> <p>Victan Temesta Lysanxia Nordaz Seresta Buspirone Atarax</p>	Troubles anxieux

Tableau 74 : Médicaments prescrits dans le traitement de la paraplégie (d'après la HAS, 2014)

### **2.19.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### **2.19.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

### **2.19.5. Risque infectieux**

La prise de biphosphonates engendre une diminution de la vascularisation osseuse et un retard de cicatrisation. Ainsi, le risque d'ostéonécrose est majoré après un acte chirurgical (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »). Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif, et devra être prolongée jusqu'à la fin de la cicatrisation muqueuse (7 à 10 jours).

## 2.19.6. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Anticholinergiques	Fésotérodine Solifénacine Toltérodine	<u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Augmentation des concentrations de fésotérodine.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) HYDROXYZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)
	Oxybutynine Tropium	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) HYDROXYZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)
Myorelaxants à action centrale	Baclofène	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
Antispasmodiques	Atropine sulfate Scopolamine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) HYDROXYZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)
Inhibiteurs de la pompe à protons	Esomeprazole Omeprazole Pantoprazole Rabeprazole	<u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Diminution de l'absorption de l'azolé antifongique.
	Lansoprazole	<u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Diminution de l'absorption de l'azolé antifongique.  <u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption intestinale et de l'efficacité d'autres médicaments pris simultanément.
Antiacides et pansements gastriques Résine chélatrice des acides biliaires	Kaolin Colestyramine	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption intestinale et de l'efficacité d'autres médicaments pris simultanément.
Sialogogues	Pilocarpine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> HYDROXYZINE (PE) DOMPERIDONE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.

Hypolypémiants – Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Antiépileptiques	Voir ALD 9 : Epilepsies graves
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves
Antidiabétiques	Voir ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2
Anticoagulants	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral

**Tableau 75 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la paraplégie et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : PARAPLEGIE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié à la prise de biphosphonates
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres		X	

## 2.20. ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

### 2.20.1. Généralités

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie dégénérative inflammatoire chronique qui évolue par poussées. Elle entraîne une déformation et une destruction des articulations. C'est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie auto-immune : des auto-anticorps du système immunitaire s'attaquent à la membrane synoviale des articulations (Hayem, 2002).

Les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde sont assez caractéristiques :

- douleurs bilatérales, symétriques et nocturnes, éloignées de l'axe du corps (mains et pieds) ;
- synovite : doigts chauds, douloureux, raides, poignet gonflé, douleurs au niveau des métatarses et des métacarpes augmentant avec la compression ;
- limitation de l'amplitude des mouvements ;
- besoin d'un « dérouillage matinal » de plus d'une demi-heure.

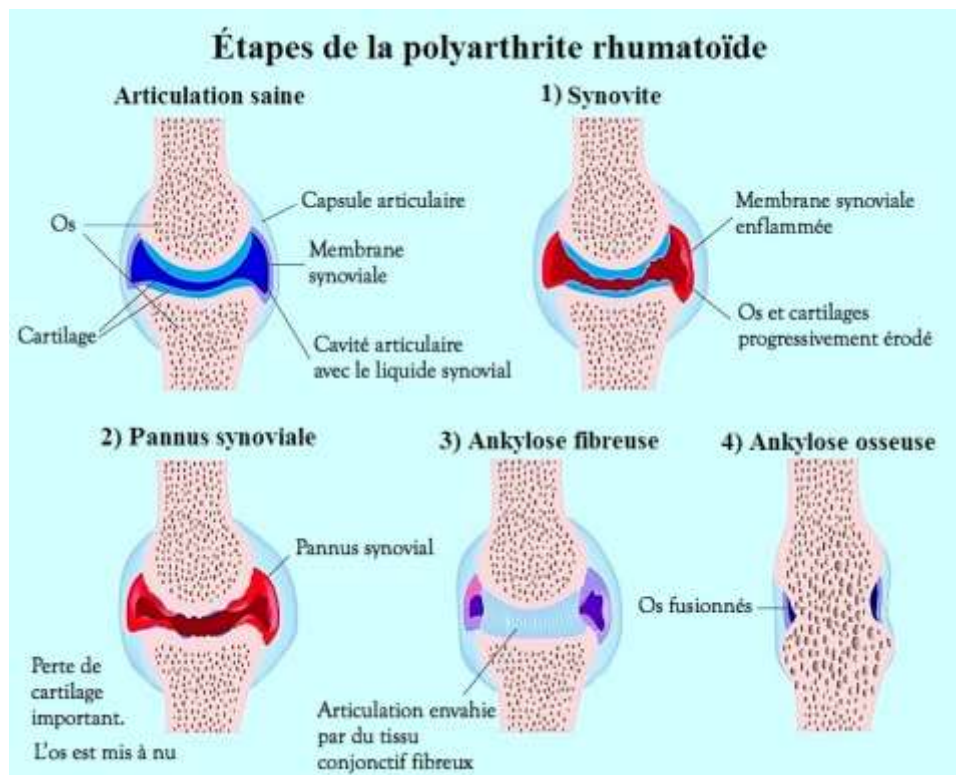


Figure 15 : Etapes de la polyarthrite rhumatoïde (www.physiotherapiepour tous.com)

Les articulations sont généralement touchés dans cet ordre : articulations métécarpo-phalangiennes, poignets, articulations interphalangiennes, genoux, articulations métatarso-phalangiennes, épaules, chevilles, colonne vertébrale cervicale, hanches, coudes, articulations temporo-mandibulaires.

Le traitement a deux rôles :

- diminuer les douleurs et l'inflammation (AINS, corticoïdes, antalgiques)
- prévenir la destruction articulaire (méthotrexate, léflunomide).

La rééducation fonctionnelle (ergothérapie, kinésithérapie, attelle de repos) joue également un rôle important dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.

Au 31 Décembre 2013, en France, 207 550 patients étaient en ALD pour une polyarthrite rhumatoïde.

### 2.20.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Immunosuppres-seurs	Anakinra Azathioprine Léflunomide Méthotrexate Sulfasalazine	Kineret Imurel Arava Imeth, Metoject, Novatrex Salazopyrine	Traitement de fond
Inhibiteurs des interleukines	Abatacept Rituximab Tocilizumab	Orencia Mabthera Roactemra	
Antipaludéens de synthèse	Hydroxychloroquine Chloroquine	Plaquenil Nivaquine	
Anti-TNF alpha	Adalimumab Certolizumab Etanercept Golimumab Infliximab	Humira Cimza Enbrel Simponi Inflectra, Remicade, Remsima	
Corticoïdes	Bétaméthasone Cortivazol Méthylprednisolone Prednisone Triamcinolone Dexaméthasone Prednisolone	Betnesol, Celestene, Diprostene Altim Medrol Cortancyl Hexatrione, Kenacort Dectancyl, Neodex Solupred	Traitement des poussées

Antalgiques	<p>Non opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Floctafénine</li> <li>- Néfopam</li> <li>- Paracétamol</li>   <li>- Acide acétylsalicylique + lysine</li> </ul> <p>Opioïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol + paracétamol</li> <li>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</li> </ul>	<p>Idarad Acupan Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof</p> <p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene</p> <p>Dicodin</p> <p>Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	Traitement symptomatique de la douleur
Antiinflammatoires non stéroïdiens (voie systémique)	<p>Acéclofénac Acide nifluniqué Acide tiaprofénique Célécoxib Diclofénac Diclofénac + Misoprostol Etodolac Flurbiprofène Ibuprofène Indométacine Kétoprofène Méloxicam Nabumétone Naproxène Piroxicam Piroxicam + Beta-cyclodextrine Sulindac Ténoxycam</p>	<p>Cartrex Nifluril Surgam Celebrex Voltarene Artotec Lodine Antadis, Cebutid Brufen Indocid Biprofenid, Profenid Mobic Nabucoc Apranax, Naprosyne Felden Brexin, Cycladol Arthrocin Tilcotil</p>	
Biphosphonates	<p>Acide alendronique + vitamine D3 Acide ibandronique Acide risédronique Acide zolédronique</p>	<p>Fosamax Adrovanse, Fosavance Bonviva Actonel Aclasta, Zometa</p>	Traitement de l'ostéoporose

**Tableau 76 : Médicaments prescrits dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (d'après la HAS, 2014)**

### 2.20.3. Risques hémorragique et anesthésique

Les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde évolutive ne présentent pas de risque hémorragique ou anesthésique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.20.4. Risque infectieux

La prise de corticoïdes, d'immunosuppresseurs, d'inhibiteurs des interleukines, d'anti-TNF alpha, peuvent entrainer une immunodépression des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde.

De plus, les biphosphonates engendrent une diminution de la vascularisation osseuse et un retard de cicatrisation (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »). Ainsi, le risque d'ostéonécrose est majoré après un acte chirurgical.

Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif, et devra être prolongée jusqu'à la fin de la cicatrisation muqueuse (7 à 10 jours).

### 2.20.5. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Immunosuppresseurs	Méthotrexate	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (CI)</b> <b>ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (ASDEC)</b> <u>Antibiotiques</u> <b>AMOXICILLINE (ASDEC)</b> → Augmentation de la toxicité du méthotrexate.  <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque de majoration de la néphrotoxicité.
AINS	Acéclofénac Indométacine Acide niflumique Kétoprofène Acide tiaprofénique Méloxicam Célécoxib Nabumétone Diclofénac Naproxène Etodolac Piroxicam Sulindac Ibuprofène Ténoxicam	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>AUTRES AINS (ASDEC)</b> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> GLUCOCORTICOÏDES (APEC) → Majoration du risque ulcérogène et hémorragique digestif.



Antipaludéens de synthèse	Chloroquine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> TRAMADOL (APEC) → Risque accru de convulsions.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE) <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> <b>HYDROXYZINE (CI)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption de certains autres médicaments ingérés simultanément.
Biphosphonates	Voir ALD 20 : Paraplégie	
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave – Asthme persistant sévère	

**Tableau 77 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde grave et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : POLYARTHRITE RHUMATOÏDE GRAVE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié à la prise de corticoïdes au long cours, aux immunosuppresseurs et aux biphosphonates
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres		X	

## **2.21. ALD 23 : Schizophrénies**

### **2.21.1. Généralités**

La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique dans lequel le patient perd le contact avec la réalité. L'acceptation du diagnostic est difficile car le patient n'a pas conscience de son état.

La schizophrénie se manifeste par quatre familles de symptômes :

- les symptômes positifs : idées délirantes, hallucinations visuelles et auditives.
- les symptômes négatifs : diminution de la réactivité émotionnelle, mise en retrait, absence d'intérêt, manque d'hygiène, trouble du sommeil.
- les symptômes dissociatifs : trouble de la communication, désorganisation de la pensée, délire paranoïde, absence de régulation des émotions.
- les symptômes cognitifs : baisse de l'attention et de la mémoire.

Les causes précises de la schizophrénie sont mal connues : prédisposition héréditaire, perturbation du développement fœtal lors du second trimestre de grossesse, consommation de drogues...

Le traitement passe par la prise d'antipsychotiques (neuroleptiques) afin de prévenir les phases aiguës de la maladie et pour diminuer l'intensité des symptômes. Une psychothérapie est la plupart du temps associée au traitement médicamenteux. Une hospitalisation sans consentement du patient peut avoir lieu (Thomas, 2013).

Au 31 Décembre 2013, en France, 1 190 690 patients étaient en ALD pour une affection psychiatrique de longue durée (dont schizophrénies, troubles bipolaires, troubles dépressifs récurrents et troubles anxieux graves).

### 2.21.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Neuroleptiques de première génération (conventionnels)	Chlorpromazine Cyamémazine Flupentixol Halopéridol Lévomépromazine Loxapine Pimozide Pipampérone Pipotiazine Propériciazine Sulpiride Zuclopendixol	Largatil Tercian Fluanxol Haldol Nozinan Adasuve, Loxapac Orap Dipiperon Piportil Neuleptil Dogmatil, Synedil Clopixol	
Neuroleptiques de seconde génération (atypiques)	Amisulpride Aripiprazole Clozapine Olanzapine  Quétiapine Risperidone	Solian Abilify Leponex Onezyp, Zalasta, Zypadhera, Zyprexa Xeroquel Risperdal	
Neuroleptiques à longue durée d'action	Fluphénazine Penfluridol	Modecate Semap	
Anticholinergiques	Bipéridène Trihexyphénidyle Tropatépine	Akineton Artane, Parkinane, Trihexy Lepticur	En cas d'effets indésirables
Antidépresseurs	Antidépresseurs imipraminiques (ou tricycliques) : - amitriptyline - amoxapine - clomipramine - dosulépine - doxépine - imipramine - maprotiline - trimipramine  IMAO non sélectif : - iproniazide  IMAO sélectif A : - moclobémide  Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : - duloxétine - milnacipran - venlafaxine  Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : - citalopram - escitalopram - fluoxétine - paroxétine - sertraline	Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil  Marsilid  Moclamine  Cymbalta Ixel Effexor  Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloff	Selon présentation clinique

Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Nitrazépam - Témazépam Alimemazine Doxylamine Mélatonine Prométhazine Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Mogadon Normison Theralene Donormyl, Lidene, Noctyl Cicardin Phenergan Stilnox Imovane	
Normothymiques	Carbamazépine Divalproate de sodium Lamotrigine Lithium Olanzapine Valpromide	Tegretol Depakote Lamictal Teralithe Onezyp, Zalasta, Zyprexa Depamide	
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorazépate - Clotiazépam - Diazépam - Loflazépate - Lorazépam - Prazépam - Nordazépam - Oxazépam Buspirone Captodiame Etifoxine Hydroxyzine Prégabaline	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl Tranxene Veratran Valium Victan Temesta Lysanxia Nordaz Seresta Buspirone Covatine Stresam Atarax Lyrica	

**Tableau 78 : Médicaments prescrits dans le traitement des schizophrénies (d'après la HAS, 2012)**

### **2.21.3. Risque hémorragique**

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### **2.21.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

#### 2.21.5. Risque infectieux

Les patients souffrant de schizophrénie ne sont pas considérés comme immunodéprimés. Cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

#### 2.21.6. Autres risques

Les patients souffrant de schizophrénie sont généralement stressés lors des soins dentaires. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

#### 2.21.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Neuroleptiques	Amisulpride Chlorpromazine Cyamémazine Flupentixol Fluphenazine Halopéridol Lévomépromazine Pipampérone Pipotiazine Sulpiride Tiapride Zuclopendixol	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOIDES (PE)</p> <p><u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE)</p> <p><u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE)</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> <b>HYDROXYZINE (CI)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.</p> <p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC)</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) → Majoration de la dépression centrale.</p>

	Aripiprazole Clozapine Loxapine Olanzapine Penfluridol Propériciazine Risperidone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
	Pimozide	<u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) → Majoration de la dépression centrale.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> <b>HYDROXYZINE (CI)</b> <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <b>FLUCONAZOLE (CI)</b> <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> <b>MICONAZOLE (CI)</b> <u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (CI)</b> <b>JOSAMYCINE (CI)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Quétiapine	<u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (CI)</b> <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> → Augmentation des concentrations de quétiapine.
Anticholinergiques	Bipéridène Trihexyphénidyle Tropatépine	<u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> HYDROXYZINE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)
Normothymiques	Carbamazépine	<u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINE (PE) METRONIDAZOLE (PE) CLARITHROMYCINE (PE) JOSAMYCINE (PE) → Augmentation des concentrations de carbamazépine.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (SAUF HYDROCORTISONE) (PE) → Diminution des concentrations des corticoïdes.  <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) → Pour des doses de fluconazole > 200 mg par jour : augmentation des effets indésirables de la carbamazépine.  <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Diminution des concentrations d'itraconazole.

	Olanzapine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
	Lithium	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (ASDEC)</b> <u>Antibiotiques</u> METRONIDAZOLE (PE) → Augmentation de la lithémie.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (PE) DOMPERIDONE (PE) METOCLOPRAMIDE (PE) METOPIMAZINE (PE) → Risque d'apparition de signes évocateurs d'un syndrome malin des neuroleptiques ou d'une intoxication au lithium.
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux grave	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Episodes dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Hypnotiques	Voir ALD 23 : Troubles bipolaires	

**Tableau 79 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des schizophrénies et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

## **2.22. ALD 23 : Troubles anxieux graves**

### **2.22.1. Généralités**

L'anxiété est une réaction de peur excessive mais passagère à une situation ressentie comme une menace. On parle de troubles anxieux, lorsque l'anxiété s'installe dans la durée, et crée une souffrance telle qu'elle empêche la personne de fonctionner et d'agir normalement dans sa vie sociale quotidienne (Servant, 2010).

On en distingue différents types :

- le trouble panique, attaque imprévisible d'anxiété sévère ;
- les phobies spécifiques (liées à un objet, à un animal) et sociales (crainte des rapports sociaux, peur d'être regardé) ;
- le trouble de stress post-traumatique, survient après une situation de stress extrême (viol, accident, maltraitance, guerre, catastrophe naturelle) ;
- le trouble obsessionnel compulsif (TOC) ;
- le trouble anxieux généralisé (TAG), état d'inquiétude constant, incontrôlable.

Les troubles anxieux se caractérisent par des symptômes physiques :

- fatigue, troubles du sommeil,
- maux de tête, étourdissement,
- nausées,
- palpitations cardiaques,
- sensation d'étouffement,
- transpiration excessive, bouffées de chaleur, frissons,
- tremblements.

Ils s'accompagnent également de symptômes psychologiques : difficulté à se concentrer, sentiment d'inquiétude. Les patients vont souvent essayer de contrôler cette anxiété par la consommation d'alcool ou de drogues, entraînant alors des états de dépendance.

Le traitement passe à la fois par la prise de médicaments (anxiolytiques en action rapide, antidépresseurs en traitement de fond) et par une psychothérapie cognitivo-comportementale.



### 2.22.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antidépresseurs imipraminiques (ou tricycliques)	Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Dosulépine Doxépine Imipramine Maprotiline Trimipramine	Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil	
Bêtabloquants	Propranolol	Avlocardyl	Tremblements de l'anxiété de performance
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	Venlafaxine	Effexor	
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Citalopram Escitalopram Fluoxétine Paroxétine Sertraline	Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft	
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorzépate dipotassique - Clotiazépam - Diazépam - Loflazépate d'éthyle - Lorazépam - Prazépam - Nordazépam - Oxazépam Buspirone	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl Tranxene Veratran Valium Victan Temesta Lysanxia Nordaz Seresta Buspirone	En cas d'anxiété aigue invalidante
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Nitrazépam - Témazépam Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Mogadon Normison Stilnox Imovane	Si troubles du sommeil importants

**Tableau 80 : Médicaments prescrits dans le traitement des troubles anxieux graves (d'après la HAS, 2013)**

### **2.22.3. Risque hémorragique**

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### **2.22.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

### **2.22.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant de troubles anxieux ne sont pas considérés comme immunodéprimés. Cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.22.6. Autres risques**

Les patients souffrant de troubles anxieux sont généralement stressés lors des soins dentaires. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

## 2.22.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorazépate dipotassique - Clotiazépam - Diazépam - Loflazépate d'éthyle - Lorazépam - Prazépam - Nordazépam - Oxazépam	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
	Buspirone	<u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Majoration importante de la sédation.  <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> DIAZEPAM (APEC) → Majoration des effets indésirables de la buspirone.
Bêtabloquants	Propranolol	<u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes.
Hypnotiques	Voir ALD 23 : Troubles bipolaires	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Episodes dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	

**Tableau 81 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des troubles anxieux graves et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

## **2.23. ALD 23 : Troubles bipolaires**

### **2.23.1. Généralités**

Les troubles bipolaires sont définies comme des variations anormales de l'humeur : les patients décrivent des alternances de périodes d'excitation intense (phase maniaque) et de dépression profonde (phase dépressive), entrecoupées de phases d'humeur stable et normale (euthymie).

La phase de dépression se définit par les mêmes symptômes qu'un trouble dépressif (ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte) : tristesse de l'humeur, ralentissement de la pensée, ralentissement moteur (Barde et Bellivier, 2014).

Au contraire, la phase de manie se caractérise par une exaltation de l'humeur, une accélération du processus de la pensée et par une hyperactivité motrice. Le patient aura moins besoin de sommeil, il va rencontrer des difficultés pour se concentrer.

Les causes de ces troubles psychiatriques sont mal connues, mais on sait qu'elles ne sont pas acquises au cours d'expériences vécues. La cause la plus probable serait l'association entre des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux (consommation de stimulants, drogues, stress intense, manque de sommeil).

Le traitement des troubles bipolaires consiste à stabiliser l'humeur grâce à des thymorégulateurs comme le lithium. Une psychothérapie devra également être entreprise.

### 2.23.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antidépresseurs imipraminiques (ou tricycliques)	Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Dosulépine Doxépine Imipramine Maprotiline Trimipramine	Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil	Les antidépresseurs tricycliques sont progressivement remplacés par les ISRS.
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	Venlafaxine	Effexor	
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Citalopram Escitalopram Fluoxétine Paroxétine Sertraline	Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft	
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorazépate dipotassique - Clotiazépam - Diazépam - Loflazéapte d'éthyle - Lorazépam - Prazépam - Nordazépam - Oxazépam Buspirone	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl  Tranxene Veratran Valium Victan Temesta Lysanxia Nordaz Seresta Buspirone	
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Nitrazépam - Témazépam Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Mogadon Normison Stilnox Imovane	

**Tableau 82 : Médicaments prescrits dans le traitement des troubles bipolaires (d'après la HAS, 2014)**

### **2.23.3. Risque hémorragique**

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

### **2.23.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

### **2.23.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant de troubles bipolaires ne sont pas considérés comme immunodéprimés. Cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.23.6. Autres risques**

Les patients souffrant de troubles bipolaires sont généralement stressés lors des soins dentaires. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

### 2.23.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Nitrazépam - Témazépam	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
	Zolpidem Zopiclone	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métopimazine (APEC) Alprazolam (APEC) Lorazepam (APEC) Oxazepam (APEC) Diazepam (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.  <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC) <u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Légère augmentation des effets sédatifs du zolpidem.
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Episodes dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves	

**Tableau 83 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des troubles bipolaires et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

## **2.24. ALD 23 : Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte**

### **2.24.1. Généralités**

Le trouble dépressif récurrent se définit par trois symptômes majeurs :

- baisse de l'humeur : tristesse, pessimisme, faible estime de soi, perte d'intérêt et de motivation ;
- ralentissement psychomoteur : perte de concentration, trouble de la mémoire, difficulté dans la prise de décisions et l'exécution des tâches du quotidien ;
- signes somatiques : fatigue, diminution de la libido, troubles du sommeil, troubles de l'appétit.

Ces symptômes sont présents toute la journée et tous les jours, pendant au moins deux semaines.

Des examens paracliniques (tests endocriniens, tests psychologiques MMPI, analyse par électroencéphalogramme du sommeil, analyse de l'activité cérébrale par IRM) peuvent aider les médecins à poser le diagnostic de trouble dépressif (Eveillard, 2008).

Les causes d'un trouble dépressif récurrent sont de trois types :

- cause psychogène ou réactionnelle : après un événement éprouvant (décès, licenciement, divorce).
- cause secondaire : après une modification organique ou hormonale (problème de thyroïde, grossesse).
- cause endogène : sans facteur déclenchant.

Les antidépresseurs feront effet en 4 à 6 semaines environ ; pendant ce délai, des anxiolytiques pourront soulager plus rapidement le patient.

Une psychothérapie peut également permettre au patient d'aller mieux.



### 2.24.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antidépresseurs imipraminiques (ou tricycliques)	Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Dosulépine Doxépine Imipramine Maprotiline Trimipramine	Elavil, Laroxyl Defanyl Anafranil Prothiaden Quitaxon Tofranil Ludiomil Surmontil	Episodes dépressifs majeurs Les antidépresseurs tricycliques sont progressivement remplacés par les ISRS.  La prescription d'IMAO est rare, le chirurgien dentiste rencontrera peu de patients avec ce traitement.
Autres antidépresseurs	Agomélatine Miansérine Mirtazapine Tianeptine	Valdoxan Miansérine Norset Stablon	
IMAO non sélectif	Iproniazide	Marsilid	
IMAO sélectif A	Moclobémide	Moclamine	
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	Duloxétine Milnacipran Venlafaxine	Cymbalta Ixel Effexor	
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Citalopram Escitalopram Fluoxétine Paroxétine Sertraline	Seropram Seroplex Prozac Deroxat Zoloft	
Normothymiques	Lithium	Teralithe	Prévention des rechutes de psychoses maniaco-dépressives
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépam - Clobazam - Clorazépate dipotassique - Clotiazépam - Diazépam - Loflazéapte d'éthyle - Lorazépam - Prazépam - Nordazépam - Oxazépam Buspirone Hydroxyzine	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl  Tranxene Veratran Valium Victan Temesta Lysanxia Nordaz Seresta Buspirone Atarax	Traitement symptomatique de courte durée en cas d'anxiété associée
Hypnotiques	Benzodiazépines : - Estazolam - Loprazolam - Lormétazépam - Nitrazépam - Témazépam Zolpidem Zopiclone	Nuctalon Havlane Noctamide Mogadon Normison Stilnox Imovane	Traitement symptomatique de courte durée en cas d'insomnie

**Tableau 84 : Médicaments prescrits dans le traitement des troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte (d'après la HAS, 2012)**

#### **2.24.3. Risque hémorragique**

Les antidépresseurs ISRS peuvent augmenter le risque hémorragique, mais cette manifestation reste rare.

#### **2.24.4. Risque anesthésique**

En présence d'un antidépresseur, il est préférable d'utiliser l'adrénaline en association aux anesthésiques locaux. La noradrénaline devra être écartée. Il est recommandé de limiter l'apport d'adrénaline à 0,1mg en 10 minutes, ou à 0,3mg en 1 heure.

En effet, l'association d'adrénaline avec un antidépresseur imipraminique, un IMAO non sélectif, ou un médicament mixte adrénergique-sérotoninergique, peut entraîner des troubles du rythme ventriculaire graves, par augmentation de l'excitabilité cardiaque.

#### **2.24.5. Risque infectieux**

Les patients souffrant de troubles dépressifs récurrents ne sont pas considérés comme immunodéprimés. Cependant, il faudra veiller à prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

#### **2.24.6. Autres risques**

Les patients souffrant de troubles dépressifs sont généralement stressés lors des soins dentaires. Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débuter les soins.

## 2.24.7. Interactions médicamenteuses

Antidépresseurs	<p>Imipraminiques (tricycliques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amitriptyline</li> <li>- Doxépine</li> <li>- Imipramine</li> <li>- Trimipramine</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>            CODEINE (APEC)            TRAMADOL (APEC)</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u>            Alizapride (APEC)            Métoclopramide (APEC)            Métopimazine (APEC)            Benzodiazépines (APEC)            Hydroxyzine (APEC)            → Majoration de la dépression centrale.</p> <p><u>Vasoconstricteurs et anesthésie</u>            ADRÉNALINE (VOIE BUCCO-DENTAIRE OU SOUS-CUTANÉE) (PE)            → Troubles du rythme ventriculaire graves</p>
	<p>Imipraminiques (tricycliques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxapine</li> <li>- Clomipramine</li> <li>- Dosulépine</li> <li>- Maprotiline</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>            TRAMADOL (APEC)            → Risque de majoration d'un syndrome sérotoninergique ; de plus, risque accru de convulsions.</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u>            METOPIMAZIDE (APEC)            HYDROXYZINE (APEC)            → Addition des effets indésirables atropiniques à type de rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....</p> <p><u>Vasoconstricteurs et anesthésie</u>            ADRÉNALINE (VOIE BUCCO-DENTAIRE OU SOUS-CUTANÉE) (PE)            → Troubles du rythme ventriculaire graves.</p>
	<p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluoxétine</li> <li>- Fluvoxamine</li> <li>- Paroxétine</li> <li>- Sertraline</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>            ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (APEC)            AINS (APEC)            → Majoration du risque hémorragique            TRAMADOL (APEC)            → Risque d'apparition de convulsions</p>
	<p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citalopram</li> <li>- Escitalopram</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u>            ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (APEC)            AINS (APEC)            → Majoration du risque hémorragique            TRAMADOL (APEC)            → Risque d'apparition de convulsions</p> <p><u>Antibiotiques</u>  <b>CLARITHROMYCINE (CI)</b></p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u>  <b>DOMPERIDONE (CI)</b>  <b>HYDROXYZINE (CI)</b>            → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.</p>

	<p>Inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iproniazide</li> </ul> <p>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duloxétine</li> <li>- Milnacipran</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> TRAMADOL (APEC) → Risque d'apparition de convulsions</p> <p><u>Vasoconstricteurs et anesthésie</u> ADRÉNALINE (VOIE BUCCO-DENTAIRE OU SOUS-CUTANÉE) (PE) → Troubles du rythme ventriculaire graves</p>
	<p>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Venlafaxine</li> </ul>	<p><u>Antalgiques</u> TRAMADOL (APEC) → Risque d'apparition de convulsions et/ou d'un syndrome sérotoninergique.</p> <p><u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (APEC)</p> <p><u>Antifongiques</u> ITRACONAZOLE (APEC) → Augmentation des concentrations de venlafaxine.</p> <p><u>Vasoconstricteurs et anesthésie</u> ADRÉNALINE (VOIE BUCCO-DENTAIRE OU SOUS-CUTANÉE) (PE) → Troubles du rythme ventriculaire graves</p>
	<p>Inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moclobémide</li> </ul>	<p><u>Antalgiques</u> <b>TRAMADOL (CI)</b> → Risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique</p>
	<p>Autres antidépresseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agomélatine</li> <li>- Miansérine</li> <li>- Mirtazapine</li> </ul>	<p><u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC)</p> <p><u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) Hydroxyzine (APEC) → Majoration de la dépression centrale.</p>
Normothymiques	Voir ALD 23 : Schizophrénies	
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves	
Hypnotiques	Voir ALD 23 : Troubles bipolaires	

**Tableau 85 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : TROUBLES PSYCHIATRIQUES (SCHIZOPHRENIES, TROUBLES ANXIEUX, BIPOLAIRES ET DEPRESSIFS)

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique	X		Vis à vis des vasoconstricteurs
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres		X	

## 2.25. ALD 24 : Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

### 2.25.1. Généralités

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) regroupent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. La maladie de Crohn va concerner les lésions de l'intestin grêle et du colon, tandis que la rectocolite hémorragique (RCH) intéressera le rectum et le colon.

Ces pathologies, dues à une hyperactivité du système immunitaire digestif, évoluent par poussées, entrecoupées de périodes de rémission qui peuvent durer plusieurs mois.

Le tube digestif présente des ulcérations de la muqueuse interne de la paroi intestinale, pouvant aller jusqu'à la fistule. En cicatrisant, les lésions peuvent donner lieu à des sténoses (épaississement de la paroi), entraînant une diminution du diamètre de la lumière du tube digestif. Cet état inflammatoire permanent augmente le risque de survenue de cancer colorectal.

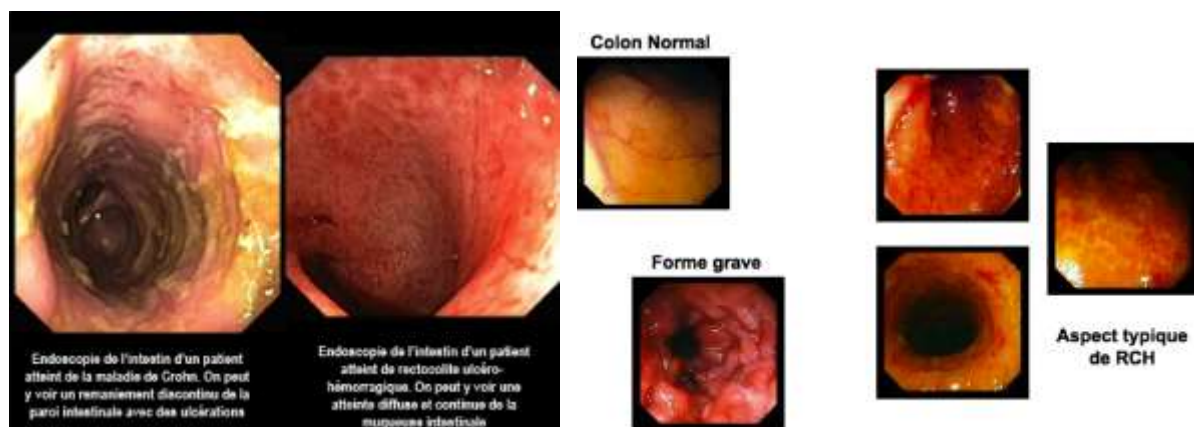


Figure 16 : Images endoscopiques des maladies inflammatoires chroniques intestinales (Mennecier, 2013)

Les signes cliniques sont essentiellement digestifs :

- diarrhée, nausées, vomissements,
- douleurs abdominales,
- saignement rectal (rectorragies),
- envies pressantes et impérieuses d'aller à la selle,
- fatigue, amaigrissement, perte de poids.

Les causes des MICI sont mal connues, mais on sait qu'il existe des interactions entre un dérèglement immunitaire, une prédisposition génétique, les

microorganismes intestinaux et des facteurs environnementaux (Vuitton et Peyrin-Biroulet, 2014).

Le traitement de fond consiste en la prise d'immunomodulateurs au long cours. Le traitement des poussées a lieu grâce aux anti-inflammatoires et aux corticoïdes. Une intervention chirurgicale est parfois nécessaire afin d'ôter les segments du tube digestif sévèrement touchés ou sténosés.

Au 31 Décembre 2013, en France, 139 670 patients faisaient partie de l'ALD 24 « Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ».

### 2.25.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Dérivés salicylés 5-ASA	Mésalazine Sulfasalazine	Fivasa, Pentasa, Rowasa Salazopyrine	Traitement de première intention
Immunosuppresseurs	Azathioprine Thalidomide	Imurel Thalidomide	Traitement de fond
Anti-TNF alpha	Adalimumab Infliximab	Humira Inflectra, Remicade, Remsima	En deuxième intention
Corticoïdes	Bétaméthasone Budésonide Hydrocortisone Prednisolone Prednisone	Betnesol, Celestene Entocort, Mikicort Colofoam Solupred Cortancyl	Traitement des poussées
Antibiotiques	Fluoroquinolone : - ciprofloxacine - lévofloxacine - moxifloxacine - ofloxacine - péfloxacine Métrnidazole	Ciflox, Uniflox Tavanic Izilox Monoflocet, Oflocet Peflacine Flagyl	Suspicion d'infection intestinale et traitement des abcès
Éléments minéraux	Fer  Magnésium  Vitamine E	Ascofer, Fero-grad, Ferrostrane, Fumafer, Inofer, Tardyferon, Timoferol, Tot'hema, Venofer Mag2, Magnespasmyl, Megamag, Oromag, Sargemag, Spasmag, Uvimag Dermorelle, Toco, Tocolion, Tocopa, Tocopherol, Vedrop	Traitement de la carence martiale  Carence en magnésium  Carence en vitamine E
Antalgiques	Non opioïdes : - Floctafénine - Néfopam - Paracétamol  - Acide acétylsalicylique + lysine	Idarad Acupan Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof	Traitement symptomatique de la douleur

	Opioides faibles : - Codéine + ac. acétyls. + paracétamol  + ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène - Dihydrocodéine - Tramadol  + paracétamol - Opium + paracétamol + caféine + paracétamol	Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgy, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene Dicodin Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar  Lamaline Izalgi	
Antispasmodiques	Atropine sulfate Papavérine Phloroglucinol Scopolamine	Atropine sulfate Papavérine Spasfon, Spascalme Scoburen	Traitement symptomatique
Hypolypémiants	Cholestyramine	Questran	
Antidiarrhéiques	Lopéramide	Arestal, Diaretyl, Diastrolib, Dyspagon, Ercestop, Gastrowell, Imodium, Indiaral, Peracel	Traitement symptomatique
Dépendance tabagique	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage tabagique

**Tableau 86 : Médicaments prescrits dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (d'après la HAS, 2014)**

### **2.25.3. Risques hémorragique et anesthésique**

Les patients souffrant d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ne présentent pas de risque hémorragique ou anesthésique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.25.4. Risque infectieux**

Les traitements de fond (immunosuppresseurs, anti-TNF alpha) et les traitements des poussées (corticoïdes) entraînent une immunodépression sévère des patients souffrant de la maladie de Crohn. Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).



### 2.25.5. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Immunosuppresseurs	Thalidomide	<u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Dompéridone (PE) Hydroxyzine (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> CODEINE (APEC) TRAMADOL (APEC) <u>Antiémétiques et anxiolytiques</u> Alizapride (APEC) Métoclopramide (APEC) Métopimazine (APEC) Benzodiazépines (APEC) → Majoration de la dépression centrale.
Antibiotiques	Fluoroquinolone : - ciprofloxacine - lévofloxacine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (SAUF HYDROCORTISONE) (APEC) → Possible majoration du risque de tendinopathie.  <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Fluoroquinolone : - moxifloxacine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (SAUF HYDROCORTISONE) (APEC) → Possible majoration du risque de tendinopathie.  <u>Antibiotiques</u> CLARITHROMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (PE) <u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> <b>DOMPERIDONE (CI)</b> <b>HYDROXYZINE (CI)</b> → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Fluoroquinolone : - ofloxacine - péfloxacine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (SAUF HYDROCORTISONE) (APEC) → Possible majoration du risque de tendinopathie.
Éléments minéraux	Fer	<u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINES (PE) → Diminution de l'absorption digestive des cyclines.
	Magnésium	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption de certains autres médicaments ingérés simultanément.
Antispasmodiques	Atropine sulfate Scopolamine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> METOPIMAZINE (APEC) HYDROXYZINE (APEC) → Effets atropiniques (rétention urinaire, constipation, sécheresse de la bouche....)

Dépendance tabagique	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisances respiratoires chroniques graves
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral

**Tableau 87 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié a la prise de corticoïdes au long cours et aux immunosuppresseurs
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres		X	

## 2.26. ALD 25 : Sclérose en plaques (SEP)

### 2.26.1. Généralités

La sclérose en plaques est une maladie auto-immune chronique du système nerveux central (nerf optique, cerveau, tronc cérébral, cervelet, moelle épinière). Elle altère la transmission de l'influx nerveux en provoquant une démyélinisation (destruction de la gaine de myéline) des fibres nerveuses. Cette pathologie évolue par poussées, laissant à chaque épisode des séquelles de plus en plus graves.

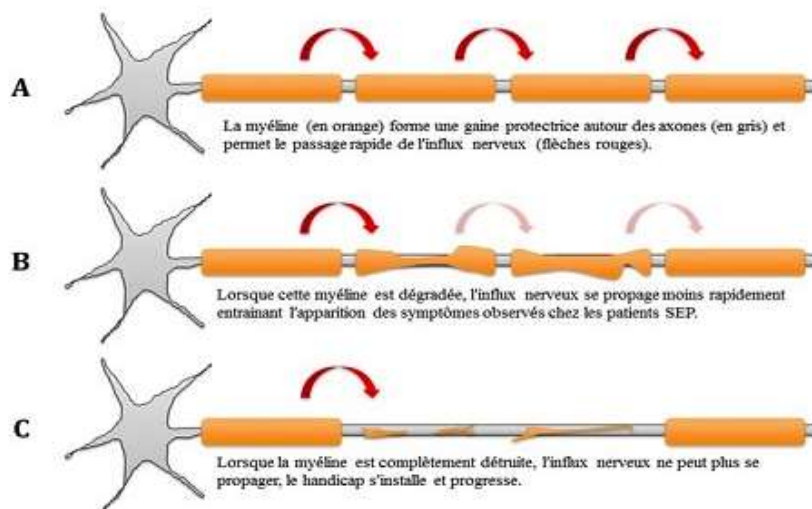


Figure 17 : Démyélinisation des axones et ralentissement de l'influx nerveux dans la sclérose en plaques (Damotte, 2014)

La destruction de la gaine de myéline des fibres nerveuses est visible à l'IRM (Chardain et Stankoff, 2011).

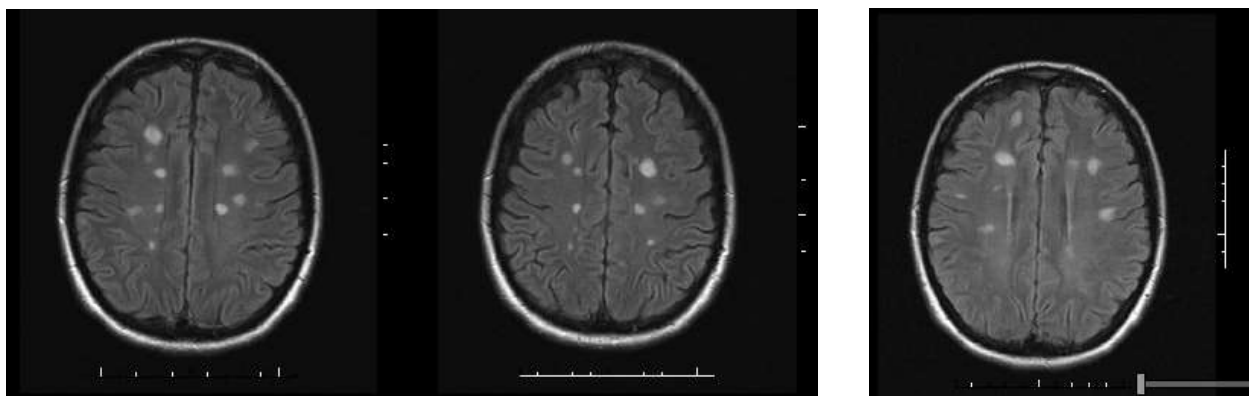


Figure 18 : Tâches blanches visibles à l'IRM au niveau de l'encéphale dans la sclérose en plaques (www.atla-imagerie.fr, 2016)

Les symptômes sont variés :

- engourdissement, faiblesse musculaire,
- fatigue,
- tremblements, spasmes,
- contractures musculaires,
- perte d'équilibre,
- troubles de la vision,
- troubles sensitifs,
- difficultés d'élocution,
- incontinence urinaire, constipation,
- troubles de la mémoire, de l'humeur, de la concentration.



**Figure 19 : Tâches blanches visibles à l'IRM au niveau de la moelle épinière dans la sclérose en plaques (www.atlas-imagerie.fr, 2016)**

Le traitement ne permet pas de guérir de la maladie, mais uniquement d'atténuer les symptômes et de ralentir la progression de la maladie.

Le traitement des poussées consiste en la prise de corticoïdes.

Le traitement de fond se fait avec des immunomodulateurs et des immunosuppresseurs.

Au 31 Décembre 2013, en France, 75 330 patients étaient en ALD pour une sclérose en plaques.

## 2.26.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Corticoïdes	Méthylprednisolone	Solumédrol	Traitement des poussées
Immunomodulateurs	Interférons bêta (IFN $\beta$ ) - IFN $\beta$ 1a - IFN $\beta$ 1b Glatiramère	Avonex, Rebif Betaferon, Extavia Copaxone	Traitement de 1ère intention
Immunomodulateurs	Mitoxantrone Natalizumab Fingolimod	Elsep Tysabri Gilenya	Formes agressives
Immunomodulateurs	Tériflunomide Diméthyl fumarate	Aubagio Tecfidera	Traitement de fond
Morphiniques	Fentanyl Hydromorphone Morphine  Oxycodone Péthidine	Abstal, Actiq, Breakyl, Effentora, Recivit Sophidone, Sevredol Actiskenan, Oramorph  Oxynorm Pethidine	Douleurs intenses
Antipsychotiques	Tiapride	Tiapridal	Algies rebelles
Antiépileptiques	Gabapentine Prégabaline Carbamazépine	Neurontin Lyrica Tegretol	Douleurs neuropathiques
Antidépresseurs	Amitriptyline Clomipramine Imipramine	Elavil, Laroxyll Anafranil Tofranil	Douleurs neuropathiques
Anxiolytiques	Benzodiazépines : - Alprazolam - Bromazépan - Clobazam - Clorazépane dipotassique - Clotiazépan - Diazépan - Etifoxine - Loflazéapte d'éthyle - Lorazépan - Prazépan - Prégabaline - Nordazépan - Oxazépan Buspirone Hydroxyzine	Xanax Lexomil, Quietiline Urbanyl  Tranxene Veratran Valium Stresam  Victan Temesta Lysanxia Lyrica Nordaz Seresta Buspirone Atarax	Troubles anxieux
Antihypertenseurs	Propranolol	Avlocardyl	En cas de tremblements
Inhibiteurs des canaux potassiques	Fampridine	Fampyra	Handicap à la marche
Myorelaxants à action centrale	Baclofène	Lioresal	Spasticité diffuse
Myorelaxants à action périphérique	Toxine botulinique	Botox	Hémispasme facial
Alpha-bloquants	Alfuzosine Doxazosine Tamsulosine Térazosine Prazosine	Urion, Xatral Zoxan Josir, Mecir, Omexel, Omix Dysalfa, Hytrine Alpress, Minipress	Dyssynergie vésico-sphinctérienne

Anticholinergiques	Fésotérodine Flavoxate Oxybutynine Solifénacine Toltérodine Trospium	Toviaz Urispas Ditropan, Driptane Vesicare Detrusitol Ceris, Trospipham	Hyperactivité vésicale et impériosité urinaire
Laxatifs	Bisacadyl Docusate sodique Lactitol Lactulose  Magnésium hydroxyde  Mucilage  Pentaérythritol Picosulfate de sodium Polyéthylène glycol  Sorbitol	Contalax, Dulcolax Jamyline Importal Duphalac, Laxaron, Melaxose, Transulose Chlorumagene, Magnesie San Pellegrino Karayal, Mucivital, Normacol, Psylia, Psyllium, Spagulax, Transilane Auxitrans Fructines Forlax, Macrogol, Movicol, Transipeg Hepargitol	Constipation
Prostaglandines intracaverneuses	Alprostadil	Caverject, Edex	Dysfonction érectile chez l'homme

**Tableau 88 : Médicaments prescrits dans le traitement de la sclérose en plaques (d'après la HAS, 2014)**

### **2.26.3. Risques hémorragique et anesthésique**

Les patients souffrant de sclérose en plaques ne présentent pas de risque hémorragique ou anesthésique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.26.4. Risque infectieux**

Les traitements de fond (immunosuppresseurs, anti-TNF alpha) et les traitements des poussées (corticoïdes) entraînent une immunodépression sévère des patients souffrant de sclérose en plaques. Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

## 2.26.5. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Immunomodulateurs	Fingolimod	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
	Tériflunomide	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption de certains autres médicaments ingérés simultanément.
Inhibiteurs des canaux potassiques	Fampridine	<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> DOMPERIDONE (PE) HYDROXYZINE (PE) → Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire.
		<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> TRAMADOL (APEC) → Risque accru de convulsions.
Alpha-bloquants	Alfuzosine Tamsulosine	<u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (CI)</b> <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (CI)</b> → Augmentation des effets indésirables de l'alfuzosine.
		<u>Antiémétiques et Anxiolytiques</u> ALIZAPRIDE (APEC) METOPIMAZINE (APEC) → Risque d'hypotension orthostatique.
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
Anxiolytiques	Voir ALD 23 : Troubles anxieux graves	
Antidépresseurs	Voir ALD 23 : Episodes dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte	
Antiépileptiques	Voir ALD 9 : Epilepsies graves	
Neuroleptiques	Voir ALD 23 : Schizophrénies	
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée	
Myorelaxants centraux	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques	
Anticholinergiques	Voir ALD 20 : Paraplégies	
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave – Asthme persistant sévère	

**Tableau 89 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la sclérose en plaques et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

### CE QU'IL FAUT RETENIR : SCLEROSE EN PLAQUES

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié à la prise de corticoïdes au long cours et aux immunomodulateurs
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau

## 2.27. ALD 26 : Scoliose idiopathique structurale évolutive

### 2.27.1. Généralités

Le terme scoliose désigne une déformation permanente de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace : haut/bas, avant/arrière et droite/gauche. Cette déformation est la conséquence d'une rotation des vertèbres ; elle entraîne une malformation du thorax et des zones proches de la colonne vertébrale.

Elle apparaît pendant l'enfance, au cours de la croissance. Elle évolue lentement avant la puberté, puis se manifeste de façon plus importante pendant cette période (Simon et Ilharreborde, 2015).

Les enfants souffrant de cette pathologie présentent les symptômes suivants :

- douleurs dorsales (lombalgies),
- mauvaise posture apparente,
- asymétrie au niveau des épaules,
- gibbosité d'un côté de la colonne vertébrale lorsque l'enfant se penche en avant.



**Figure 20 : Comparaison entre une patiente atteinte de scoliose (visualisation d'une gibbosité) et une patiente saine (De Mauroy, 2012)**

Le traitement s'effectue sur le long terme, généralement sur plusieurs années. L'enfant devra porter un corset en permanence afin de redresser la courbure vertébrale. Une chirurgie sera nécessaire si l'angle de déformation est supérieur à 35°. Des antalgiques pourront être prescrit en cas de douleurs.

Au 31 Décembre 2013, en France, 27 920 patients étaient en ALD pour une scoliose idiopathique structurale évolutive.

**Figure 21 : Radiographies pré et post-opératoires d'une scoliose thoracique droite très sévère chez une jeune fille de 17 ans (Centre Aquitain du Dos)**





## 2.27.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antalgiques	<p>Non opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Floctafénine</li> <li>- Paracétamol</li>   <li>- Acide acétylsalicylique + lysine</li> </ul> <p>Opioïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol</li>   <li>+ paracétamol</li> <li>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</li> </ul>	<p>Idarad Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof</p> <p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgy, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene</p> <p>Dicodin</p> <p>Contramal, Monoalgic, Monocrioxo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	
Antiinflammatoires non stéroïdiens (voie systémique)	<p>Acéclofénac Acide niflumique Acide tiaprofénique Célécoxib Diclofénac Diclofénac + Misoprostol Etodolac Flurbiprofène Ibuprofène Indométacine Kétoprofène Méloxicam Nabumétone Naproxène Piroxicam Piroxicam + Beta-cyclodextrine Sulindac Ténoxiam</p>	<p>Cartrex Nifluril Surgam Celebrex Voltarene Artotec Lodine Antadis, Cebutid Brufen Indocid Biprofenid, Profenid Mobic Nabucoc Apranax, Naprosyne Felden Brexin, Cycladol Arthrocine Tilcotil</p>	

**Tableau 90 : Médicaments prescrits dans le traitement de la scoliose idiopathique structurale évolutive (d'après la HAS, 2012)**

### 2.27.3. Risques hémorragique, anesthésique et infectieux

Les patients souffrant d'une scoliose idiopathique structurale évolutive ne présentent pas de risque hémorragique, anesthésique ou infectieux. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### 2.27.4. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antalgiques	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral	
AINS (voie systémique)	Voir ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	

**Tableau 91 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la scoliose idiopathique structurale évolutive et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

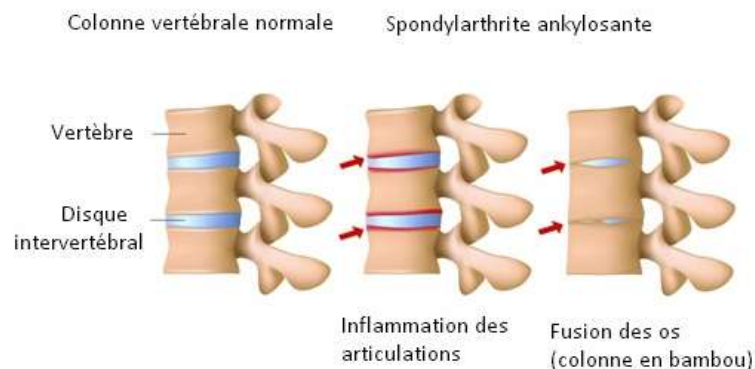
#### CE QU'IL FAUT RETENIR : SCOLIOSE IDIOPATHIQUE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux		X	
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres		X	

## 2.28. ALD 27 : Spondyloarthrite grave

### 2.28.1. Généralités

La spondyloarthrite est une maladie chronique inflammatoire rhumatismale touchant la colonne vertébrale au niveau du bas du dos (articulation sacro-iliaque). Son évolution se fait par des poussées douloureuses, entrecoupées de période de rémission. Elle entraîne une perte de souplesse et une rigidité progressive des articulations (Saraux, 2012).



**Figure 22 : Evolution de la spondyloarthrite ankylosante**

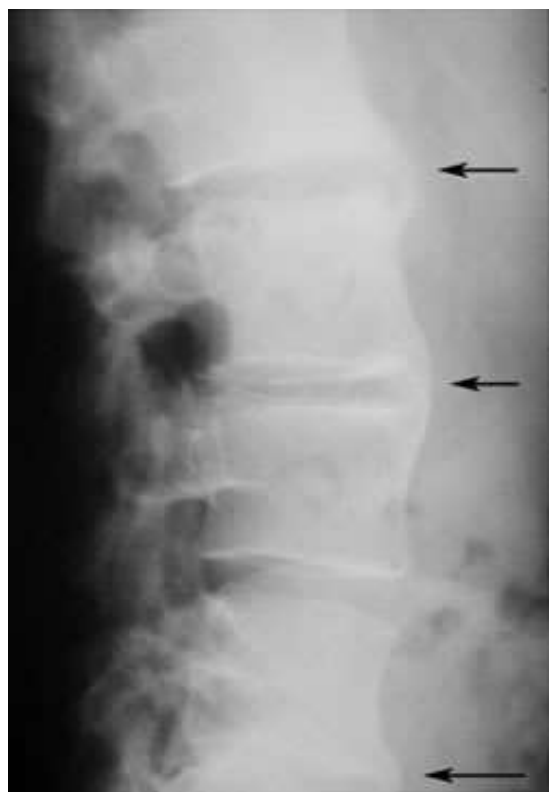
([www.arthrolink.com](http://www.arthrolink.com), 2016)

Les causes de la maladie restent inconnues, mais certains facteurs favorisants ont été mis en évidence, comme le terrain génétique (gène HLA B27) et un dérèglement du système immunitaire (présence d'auto-anticorps).

Au début de la maladie, les douleurs dorsales peuvent paraître banales. Cependant, afin de ne pas retarder le diagnostic et la prise en charge de la maladie, certains signes évocateurs doivent alerter le patient :

- douleurs nocturnes de la colonne vertébrale et du bassin,
- douleurs non calmées par le repos,
- douleurs dans une fesse, parfois les deux,
- talon parfois douloureux le matin,
- œdème d'un doigt ou d'un orteil,
- raideur articulaire au réveil, s'estompant après un déverrouillage de 30 minutes environ,
- fatigue inexplicée,
- douleurs aux chevilles et aux genoux,
- inflammation d'un œil.

Pour lutter contre la douleur lors d'une poussée, le médecin prescrit des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antalgiques ou des corticoïdes (en infiltration et en application locale). Un traitement de fond peut être administré si ce traitement symptomatique n'est pas suffisant, afin de diminuer les crises et pour contrôler l'évolution de la maladie.



**Figure 23 : Radiographie de la charnière dorso-lombaire d'un patient souffrant de spondyloarthrite, de profil (Bourgeois et Zinc, 2016)**

Au 31 Décembre 2013, en France, 91 730 patients étaient en ALD pour une spondyloarthrite grave.

## 2.28.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antalgiques	<p>Non opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Floctafénine</li> <li>- Paracétamol</li>   <li>- Acide acétylsalicylique + lysine</li> </ul> <p>Opioïdes faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine + ac. acétyls. + paracétamol</li>   <li>+ ac. acétyls. + parac. + para. + caféine + ibuprofène</li> <li>- Dihydrocodéine</li> <li>- Tramadol + paracétamol</li> <li>- Opium + paracétamol + caféine + paracétamol</li> </ul>	<p>Idarad Algodol, Brilivo, Claradol, Dafalgan, Doliprane, Dolko, Efferalgan, Geluprane, Panadol, Paralyoc, Perfalgan Aspirine Aspégic, Huvanof</p> <p>Sedaspir Algisedal, Claradol codéiné, Codoliprane, Compralgyl, Dafalgan codéine, Gaosédal codéine, Klipal, Lindilane Novacétol Migralgine, Prontalgine Antarene</p> <p>Dicodin</p> <p>Contramal, Monoalgic, Monocrixo, Monotramal, Takadol, Topalgic, Zamudol, Zumalgic Ixprim, Zaldiar</p> <p>Lamaline Izalgi</p>	Traitement symptomatique
Antiinflammatoires non stéroïdiens (voie systémique)	<p>Acéclofénac Acide niflumique Acide tiaprofénique Célécoxib Diclofénac Diclofénac + Misoprostol Etodolac Flurbiprofène Ibuprofène Indométacine Kétoprofène Méloxicam Nabumétone Naproxène Piroxicam Piroxicam + Beta-cyclodextrine Sulindac Ténoxicam</p>	<p>Cartrex Nifluril Surgam Celebrex Voltarene Artotec Lodine Antadis, Cebutid Brufen Indocid Biprofenid, Profenid Mobic Nabucox Apranax, Naprosyne Felden Brexin, Cycladol Arthrocine Tilcotil</p>	
Immunosuppresseurs	<p>Méthotrexate Léflunomide</p>	<p>Imeth, Metoject, Novatrex Arava</p>	Traitement de fond
Anti-TNF alpha	<p>Adalimumab Certolizumab Etanercept Golimumab Infliximab</p>	<p>Humira Cimza Enbrel Simponi Inflectra, Remicade, Remsima</p>	Traitement de fond

Corticoïdes	Bétaméthasone Cortivazol Méthylprednisolone Prednisone Triamcinolone	Betnesol, Celestene, Diprostene Altim Medrol Cortancyl Hexatrione, Kenacort	Traitement des poussées
-------------	--	---	-------------------------

**Tableau 92 : Médicaments prescrits dans le traitement de la spondyloarthrite grave (d'après la HAS, 2014)**

### **2.28.3. Risques hémorragique et anesthésique**

Les patients souffrant de spondyloarthrite grave ne présentent pas de risque hémorragique ou anesthésique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

### **2.28.4. Risque infectieux**

Les traitements de fond (immunosuppresseurs, anti-TNF alpha) et les traitements des poussées (corticoïdes) entraînent une immunodépression sévère des patients souffrant de spondyloarthrite. Une antibioprophylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

### **2.28.5. Interactions médicamenteuses**

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Immunosuppresseurs		Voir ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
Corticoïdes		Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave
Antalgiques		Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
AINS (voie systémique)		Voir ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

**Tableau 93 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la spondyloarthrite grave et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après ANSM, 2015)**

CE QU'IL FAUT RETENIR : SPONDYLOARTHRITE GRAVE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié à la prise de corticoïdes au long cours et aux immunosuppresseurs
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau

## 2.29. ALD 28 : Suite de transplantation rénale de l'adulte

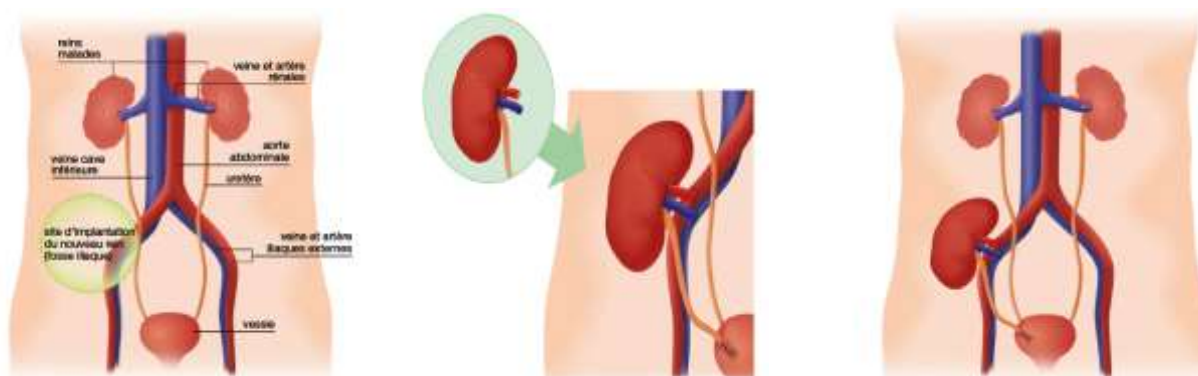
### 2.29.1. Généralités

La transplantation rénale consiste à prélever un rein chez un donneur sain, pour le placer chez un patient en insuffisance rénale terminale. C'est la greffe la plus courante. Le donneur peut être un membre majeur de la famille ou une personne décédée, dont le groupe sanguin est identique à celui du patient en attente de greffe.

Cet acte chirurgical améliore de façon considérable la qualité de vie, puisqu'il permet de supprimer la dialyse à laquelle le patient devait se plier 3 fois par semaine. La personne peut ainsi espérer travailler à nouveau, et se réinsérer socialement.

Des immunosuppresseurs devront être pris, à vie : ils permettent d'éviter le rejet de greffe, mais entraînent en contrepartie une diminution de la résistance aux autres maladies, notamment aux infections et aux tumeurs cancéreuses. Chaque classe d'immunosuppresseurs inhibe une étape de l'activation des lymphocytes T (cellules mises en cause lors du rejet de greffe). Chaque patient greffé se voit administrer un traitement combinant plusieurs molécules avec différents modes d'action (Legendre, 2012).

Au 31 Décembre 2013, en France, 8 970 patients étaient en ALD suite à une transplantation rénale.



**Figure 24 : Situation initiale chez le patient receveur / Implantation du nouveau rein / Rein greffé (Centre de Transplantation d'Organes, 2014)**



## 2.29.2. Traitements pharmacologiques

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Immunosuppresseurs	Basilimax Bélimumab Tocilizumab Mycophénolate Ciclosporine Évérolimus Sirolimus Tacrolimus	Simulect Benlysta Roactemra Cellcept, Myfortic Neoral, Sandimmun Certican Rapamune Adoport, Advagraf, Envarsus, Modigraf, Prograf	Tous les patients
Antihypertenseurs	ARA II : - irbésartan - losartan  IEC : - bénazépril - captopril - lisinopril - ramipril	Aprovel, Ifirmasta Cozaar  Briem, Cibacene Lopril Zestril Triatec	Hypertension artérielle
Hypolipémiants	Fibrates : - bézafibrate - ciprofibrate - fénofibrate - gemfibrozil  Résine chélatrice des acides biliaires : - colestyramine  Statines : - atorvastatine - fluvastatine - pravastatine - rosuvastatine - simvastatine  Inhibiteurs de l'absorption intestinale : - ézétimibe	Befizal Lipantor Fegenor, Lipanthyl, Secalip Lipur  Questran  Tahor, Crestor Fractal, Lescol Elisor, Vasten Crestor Lodales, Zocor  Ezetrol	Dyslipidémies
Anti agrégants plaquettaires	Acide acétylsalicylique	Aspirine, Kardegic, Modixis	Prévention cardio-vasculaire
	Clopidogrel + acide acétylsalicylique	Plavix Duoplavin	
	Prasugrel	Efient	
	Ticagrelor	Brilique	
Hypo-uricémants	Allopurinol Colchicine Fébuxostat Probénécide	Zyloric Colchimax Adenuric Benemide	En cas de crise de goutte
Agents stimulant l'érythropoïèse	Darbépoétine Epoétine	Aranesp Binocrit, Eporatio, Eprex, Mircera, Neorecormon, Retacrit	Anémie
Eléments minéraux	Fer	Ascofer, Fero-grad, Ferrostrane, Fumafer, Inofer, Tardyferon, Timoferol, Tot'hema, Venofer	Carence martiale
	Sels de magnésium	Mag2, Magnespasmyl, Megamag, Oromag, Sargemag, Spasmag, Uvimag	Carence en magnésium

Vitamines	B9 (acide folique) B12 D : - ergocalciférol - cholécalciférol - calcifédiol - alfacalcidol - calcitriol	Speciafoldine, Tardyferon Cyanocobalamine, Dodecavit  Sterogyl, Uvesterol, Adrigyl, Dedrogyl, Uvedose, Zymad Dedrogyl Un-Alfa Rocaltrol, Silkis	Anémie carentielle Prévention et traitement de l'ostéodystrophie rénale
Biphosphonates	Acide alendronique + vitamine D3 Acide ibandronique Acide risédronique Acide zolédronique	Fosamax Adavance, Fosavance Bonviva Actonel Aclasta, Zometa	Ostéoporose corticoinduite
Résines échangeuses d'ions	Polystyrène sulfonate de sodium Sels de calcium  Sevelamer	Kayexalate, Resikali  Cacit, Calcidose, Calciforte, Calciprat, Calperos, Calprimium, Caltrate, Densical, Fixical, Orocal, Ossopan, Renagel, Renvela	Hyperkaliémie
Dépendance nicotinique	Bupropion Nicotine Varénicline	Zyban  Champix	Aide au sevrage tabagique

**Tableau 94 : Médicaments prescrits dans la suite de transplantation rénale (d'après la HAS, 2012)**

### **2.29.3. Risque hémorragique**

La prescription d'antithrombotiques nécessite la prise en charge du risque hémorragique (voir Annexe 1 « Prise en charge du risque hémorragique »).

### **2.29.4. Risque anesthésique**

Dans le cas d'une hypertension artérielle équilibrée, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs ne nécessite pas de précaution particulière. Il est maintenant largement admis que le passage plasmatique du vasoconstricteur est pratiquement négligeable en termes d'effet cardiovasculaire en comparaison de la sécrétion de catécholamines endogènes lors de la douleur et du stress.

En revanche, si le patient souffre d'une hypertension artérielle non équilibrée, ou s'il est traité par Digoxine, l'utilisation d'anesthésiques associés à des vasoconstricteurs devra se faire en milieu hospitalier uniquement.

### 2.29.5. Risque infectieux

La prise d'immunosuppresseurs, nécessaire afin d'éviter le rejet de greffe, entraîne une sévère immunodépression des patients ayant subi une greffe rénale.

De plus, les biphosphonates engendrent une diminution de la vascularisation osseuse et un retard de cicatrisation. Ainsi, le risque d'ostéonécrose est majoré après un acte chirurgical (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

Une antibioprofylaxie sera nécessaire avant tout acte invasif, et devra être prolongée jusqu'à la fin de la cicatrisation muqueuse (7 à 10 jours).

### 2.29.6. Autres risques

Le stress et la douleur accompagnant les soins dentaires peuvent déclencher une crise hypertensive (céphalées, vertiges, troubles de la vue ou acouphènes).

Il est donc conseillé de limiter le stress du patient grâce à une prémédication sédatrice, et de s'assurer d'avoir une anesthésie correcte avant de débiter les soins.

A la fin des soins, afin d'éviter le risque d'hypotension orthostatique, il faudra veiller à relever le patient lentement.

### 2.29.7. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux
Immunosuppresseurs	Mycophénolate	<u>Antibiotiques</u> AMOXICILLINE (APEC) → Diminution des concentrations de l'immunosuppresseur.
	Ciclosporine	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque d'addition des effets néphrotoxiques.  PREDNISOLONE (APEC) → Augmentation des effets de la prednisolone .  <u>Antibiotiques</u> CLINDAMYCINE (PE) JOSAMYCINE (PE) <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> PRISTINAMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Augmentation des concentrations de l'immunosuppresseur.

	Évérolimus Sirolimus	<u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> PRISTINAMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> PRISTINAMYCINE (PE) → Augmentation des concentrations de l'immunosuppresseur.
	Tacrolimus	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> AINS (PE) <u>Antifongiques</u> AMPHOTERICINE B (APEC) <u>Antiviraux</u> ACICLOVIR (APEC) → Risque d'addition des effets néphrotoxiques.  <u>Antibiotiques</u> CLINDAMYCINE (PE) → Diminution des concentrations de l'immunosuppresseur.  <u>Antibiotiques</u> <b>CLARITHROMYCINE (ASDEC)</b> <b>JOSAMYCINE (ASDEC)</b> PRISTINAMYCINE (PE) <u>Antifongiques</u> FLUCONAZOLE (PE) <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Augmentation des concentrations de l'immunosuppresseur.
Hypolipémiants	Colestyramine Sevelamer Polystyrène Sulfonate de sodium	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → La prise de résine chélatrice peut diminuer l'absorption intestinale et l'efficacité d'autres médicaments pris simultanément.
	Statines	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Hypo-uricémiants	Allopurinol	<u>Antibiotiques</u> AMOXICILLINE (APEC) → Risque accru de réactions cutanées.
	Colchicine	<u>Antifongiques</u> <b>FLUCONAZOLE (ASDEC)</b> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> <b>MICONAZOLE (ASDEC)</b> <u>Antibiotiques</u> <b>MACROLIDES (SAUF SPIRAMYCINE) (CI)</b> <b>PRISTINAMYCINE (CI)</b>  → Augmentation des effets indésirables de la colchicine.
	Probenécide	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> <b>ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASDEC)</b> → Diminution de l'effet uricosurique.
Éléments minéraux	Fer Calcium	<u>Antibiotiques</u> DOXYCYCLINE (PE) → Diminution de l'absorption digestive de la doxycycline.
	Magnésium	<u>Autres</u> MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE (PE) → Diminution de l'absorption de certains autres médicaments ingérés simultanément.

Dépendance nicotinique	Voir ALD 6 : Cirrhoses alcooliques
Biphosphonates	Voir ALD 20 : Paraplégie
AAP	Voir ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
Antihypertenseurs	Voir ALD 5 : Insuffisances cardiaques

**Tableau 95 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans la suite de transplantation rénale et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 201**

CE QU'IL FAUT RETENIR : SUITE DE TRANSPLANTATION RENALE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié au traitement immunosuppresseur et aux biphosphonates
Risque hémorragique	X		Lié au traitement antithrombotique
Risque anesthésique	X		Si hypertension artérielle associée
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque d'hypotension orthostatique à la fin des soins

## 2.30. ALD 29 : Tuberculose

### 2.30.1. Généralités

La tuberculose est une maladie contagieuse due à une infection bactérienne systémique par le bacille de Koch.

Elle peut prendre 3 formes différentes (Gatey et Bouvet, 2012) :

- la forme pulmonaire : les bactéries détruisent les tissus pulmonaires en formant des cavités.
- la forme extrapulmonaire : les bactéries attaquent les os, les reins, les ganglions lymphatiques, les méninges et le système nerveux central.
- la forme disséminée ou miliaire : la dissémination sanguine des bactéries touche tout l'organisme. Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire.



**Figure 25 : Radiographie thoracique d'un patient atteint d'une tuberculose (les triangles blancs soulignent la présence de micronodules et les flèches noires mettent en évidence un caverne tuberculeux) (www.wikipedia.fr, 2016)**

La tuberculose est une maladie dite « de pauvreté ». En effet, elle se répand surtout dans les régions touchées par la malnutrition, les mauvaises conditions sanitaires, le surpeuplement et le manque de suivi médical.

Les symptômes évoquant une tuberculose sont les suivants :

- fièvre légère,
- toux persistante,
- expectoration sanguinolente,
- perte d'appétit, perte de poids,
- sueurs nocturnes,
- douleurs à la poitrine lors de la respiration,
- douleurs à la colonne vertébrale ou aux articulations.

Les mycobactéries responsables de la tuberculose se transmettent par les gouttelettes de salive, lors d'un contact répété et prolongé. Seules les personnes présentant des symptômes sont contagieuses. La vaccination par le BCG, destinée à protéger contre la tuberculose, n'est plus obligatoire en France depuis 2007.

Le diagnostic est posé grâce à trois examens différents : test cutané (réaction à une injection de tuberculine sous la peau), radiographie pulmonaire et tests biologiques sur des échantillons de sécrétions pulmonaires (présence de bacilles de Koch dans les sécrétions).

Le traitement est long (6 mois) et se fait grâce à 4 antibiotiques pris par voie orale : isoniazide, rifampine, éthambutol et pyrazinamide.

Au 31 Décembre 2013, en France, 11 990 patients étaient en ALD pour une tuberculose active.

### **2.30.2. Traitements pharmacologiques**

Classe thérapeutique	DCI	Noms commerciaux	Utilisation
Antituberculeux	Ethambutol Isoniazide Pyrazinamide Rifampicine	Dexambutol, Myambutol Rimifon Pirilene Rifadine, Rimactan	Schéma thérapeutique standard
Corticoïdes	Bétaméthasone Dexaméthasone Méthylprednisolone Prednisolone Prednisone	Betnedsol, Celestamine, Celestene Dectancyl, Neodex Médrol Solupred Cortancyl	Selon besoin

**Tableau 96 : Médicaments prescrits dans le traitement de la tuberculose (d'après la HAS, 2012)**

### **2.30.3. Risques hémorragique et anesthésique**

Les patients souffrant d'une tuberculose ne présentent pas de risque hémorragique ou anesthésique. Cependant, il faudra prendre en compte les autres pathologies et/ou traitements associés du patient.

#### **2.30.4. Risque infectieux**

La prise de corticoïdes au long court peut entraîner une immunodépression. Un contact avec le médecin généraliste sera nécessaire afin de connaître l'état de santé général du patient, et ainsi d'évaluer le risque infectieux associé (voir Annexe 2 « Prise en charge du risque infectieux »).

#### **2.30.5. Autres risques**

Devant un patient souffrant d'une tuberculose active, l'odontologiste se limitera aux seuls soins d'urgence. Cet état de contagion n'est plus considéré après deux à trois semaines du traitement antituberculeux ou lorsque les crachats sont négatifs. La meilleure prévention de la transmission est d'attendre ce délai avant de commencer les soins.

Les soins d'urgence seront réalisés en milieu hospitalier. Les interventions sur ces malades se feront en fin de journée avec isolement du champ opératoire, port de masque de protection respiratoire FFP2, de gants, de lunettes et d'une blouse jetable réservée à ce seul patient pour le praticien comme pour l'assistante. La production d'aérosol doit être diminuée et les projections doivent être neutralisées au maximum à l'aide de l'aspiration à haut volume (Pariente et Girard, 1998). D'autres moyens permettent de contrôler le risque de transmission, comme la ventilation de l'espace intérieur du cabinet et le changement des filtres à air des instruments dynamiques.



### 2.30.6. Interactions médicamenteuses

Classe thérapeutique	DCI	Interactions médicamenteuses
Antituberculeux	Isoniazide	<u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> PREDNISOLONE (PE) → Diminution des concentrations de l'isoniazide.  <u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Diminution des concentrations d'itraconazole.
	Rifampicine	<u>Antifongiques</u> <b>ITRACONAZOLE (ASDEC)</b> → Diminution des concentrations d'itraconazole.  <b>FLUCONAZOLE (ASDEC)</b> → Diminution des concentrations plasmatiques et de l'efficacité des deux anti-infectieux.  <u>Antalgiques et Anti-inflammatoires</u> GLUCOCORTICOÏDES (SAUF HYDROCORTISONE) (PE) → Diminution des concentrations des corticoïdes.  <u>Antibiotiques</u> METRONIDAZOLE (PE) → Diminution des concentrations du métronidazole.
Corticoïdes	Voir ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave	

**Tableau 97 : Interactions médicamenteuses entre les molécules prescrites dans le traitement de la tuberculose et les principaux médicaments prescrits en médecine bucco-dentaire (d'après l'ANSM, 2015)**

#### CE QU'IL FAUT RETENIR : TUBERCULOSE

Type de risque	OUI	NON	
Risque infectieux	X		Lié à la prise de corticoïdes au long cours
Risque hémorragique		X	
Risque anesthésique		X	
Interactions médicamenteuses	X		Voir tableau
Autres	X		Risque de transmission interhumaine

## Conclusion

L'éventail de molécules que l'on peut prescrire en chirurgie dentaire chez l'adulte est relativement restreint : antalgiques (non opioïdes et opioïdes faibles), anti-inflammatoires, antibiotiques, antifongiques, antiviraux, traitements contre l'hyposyalie, antiémétiques, anxiolytiques et anesthésiques locaux.

Pour chaque famille de médicaments, certaines molécules sont à privilégier, en raison de leurs interactions médicamenteuses et contre indications moins nombreuses.

Lorsque nous sommes face à un patient polypathologique ou polymédicamenté, il est important de prendre en compte les risques infectieux, hémorragique et anesthésique avant tout acte.

Le risque infectieux est à prendre en compte pour tout patient :

- traité par : corticoïdes au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie anticancéreuse, ribavirine, biphosphonates, radiothérapie de la sphère orale.
- souffrant de : syndrome myélodysplasique, cirrhose hépatique, VIH, néphropathie grave, diabète non équilibré.
- présentant un risque d'endocardite infectieuse : antécédent d'endocardite infectieuse, porteur d'une prothèse valvulaire mécanique ou souffrant d'une cardiopathie cyanogène.
- dont le taux de lymphocytes ou de polynucléaires neutrophiles est inférieur à  $1500/\text{mm}^3$  de sang.
- de plus de 75 ans.

Une antibioprophylaxie sera à mettre en place avant tout acte invasif.

Le risque hémorragique devra être géré pour les patients traités par un ou plusieurs antithrombotique(s). De nouvelles recommandations ont été mises en place par la Société Francophone de Chirurgie Orale en Juillet 2015 :

- le chirurgien dentiste devra définir le risque hémorragique de l'acte à prévoir ;
- si le risque hémorragique de l'acte chirurgical à prévoir est élevé, ce sera au médecin prescripteur d'évaluer le risque thrombotique du patient, afin d'envisager l'arrêt temporaire du traitement antithrombotique, ou le relai par héparine (en milieu hospitalier).

En outre, une thrombopénie (en raison d'un syndrome myélodysplasique, d'un dysfonctionnement rénal ou hépatique grave) ou une altération des facteurs de coagulation (due à une déficience hépatique) doivent également amener le chirurgien dentiste à prendre en compte le risque hémorragique du patient.

Le risque anesthésique est à considérer pour les patients :

- souffrant d'un trouble du rythme cardiaque non équilibré (injection de vasoconstricteurs en milieu hospitalier uniquement),
- traités par Digoxine (injection de vasoconstricteurs en milieu hospitalier uniquement),
- souffrant d'un diabète non équilibré (pas de vasoconstricteur en raison du risque d'ostéonécrose),
- ayant subi une radiothérapie de la sphère orale (pas de vasoconstricteur en raison du risque d'ostéoradionécrose),
- consommateurs de cocaïne (attendre 24 heures après la dernière absorption de drogues avant d'injecter un vasoconstricteur),
- traités par un antidépresseur (ne pas injecter plus de 0,3mg d'adrénaline en une heure),
- souffrant d'une atteinte hépatique sévère (réduire la quantité totale d'anesthésique en raison du ralentissement du métabolisme hépatique).

D'une manière générale, l'adrénaline est considérée comme le chef de file des vasoconstricteurs utilisés en odonto-stomatologie. Les solutions d'anesthésiques dosées à 1/200 000 en vasoconstricteurs offrent une durée d'action suffisante pour la majorité des actes dentaires et sont mieux tolérées. Aucune différence significative des performances n'a été soulignée avec les solutions au 1/100 000 de vasoconstricteurs.

La polymédication des patients souffrant d'une Affection Longue Durée augmente le risque de survenue d'interactions médicamenteuses. Avant chaque prescription, il est de notre devoir de vérifier l'absence de risque iatrogène entraîné par l'association de deux molécules.

Malgré la connaissance de tous ces risques et interactions médicamenteuses, il est préférable de prendre contact avec le médecin généraliste du patient, afin d'obtenir un avis médical détaillé, et pour permettre une meilleure coordination des soins.

## Annexe 1 : Prise en charge du risque hémorragique

Les patients bénéficiant d'une thérapeutique antiplaquettaire et/ou anticoagulante présentent un risque hémorragique en chirurgie orale. La Société Française de Chirurgie Orale a mis en place des recommandations concernant la prise en charge de ces patients, réactualisées en Juillet 2015. Certaines recommandations sont communes à tous les patients sous antithrombotiques ; d'autres sont spécifiques à chaque classe de médicaments (agents antiplaquettaires / antivitamines K / anticoagulants oraux directs).

### Pour l'ensemble des antithrombotiques :

- **l'évaluation du risque hémorragique** appartient au chirurgien dentiste. Elle se fait en deux étapes :

- l'interrogatoire médical, permettant de définir :
  - le type d'antithrombotique dont le patient bénéficie,
  - s'il s'agit d'une mono ou d'une bithérapie,
  - la compliance, l'autonomie et l'observance dont le patient fait preuve,
  - la proximité d'une structure hospitalière compétente.
- l'examen clinique, permettant de déterminer :
  - la nature de l'acte à prévoir et le risque hémorragique associé,
  - la présence ou non d'une inflammation gingivale.

- **l'évaluation du risque thrombotique** appartient au médecin prescripteur de l'antithrombotique. Si le risque hémorragique de l'acte chirurgical à prévoir est élevé, il devra déterminer si le risque thrombotique du patient est faible ou élevé, afin de définir la conduite à tenir vis-à-vis de la thérapeutique antithrombotique (maintien, arrêt temporaire avec ou sans traitement substitutif et prise en charge hospitalière).

- lorsque le **risque hémorragique de l'acte à prévoir est faible**, le traitement antithrombotique doit être poursuivi.

- il est préférable de prévoir les interventions de chirurgie dentaire en début de semaine, le matin, afin de maintenir une continuité des soins en cas de complication post opératoire. Lorsque plusieurs chirurgies sont à envisager, préférer une approche sectorielle.

- l'anesthésie locale devra se faire avec un vasoconstricteur. L'anesthésie locorégionale du foramen mandibulaire est déconseillée, en raison du risque d'hématome expansif du pharynx, potentiellement mortel.
- les techniques d'hémostase locale postopératoire sont essentielles, avec une compression intrinsèque grâce à :
  - une solution hémostatique
    - acide tranexamique (Exacyl, Spotof) (2-4 amp/jour, pendant 7-10 jours)
    - peroxyde d'hydrogène (appliquer directement avec une compresse)
  - un pansement et ou une mèche hémostatique résorbable
    - cellulose oxydée régénérée (Surgicel, Sorbacel, Curacel)
    - collagène microcellulaire (Pangen, Surgicoll, Hemocollagene)
    - colles biologiques (Tissucol, Beriplast, Biocoll)
- la compression extrinsèque se fera grâce à des sutures, et éventuellement une gouttière en silicone.
- il est recommandé de fournir au patient les conseils postopératoires, à la fois de vive voix mais également par écrit.
- la continuité des soins doit être assurée : une consultation de contrôle ou un contact téléphonique, 24 à 48 heures après la chirurgie est préconisé. En cas de complication hémorragique postopératoire, la reprise chirurgicale de l'hémostase est nécessaire, avec : anesthésie locale, curetage du caillot, révision de la plaie alvéolaire, reprise de l'hémostase locale, renouvellement des conseils postopératoires.
- **lorsque le risque hémorragique de l'acte à prévoir est élevé :**
  - si le risque thrombotique du patient est faible, l'arrêt temporaire de son traitement et une prise en charge en cabinet de ville est envisageable.
  - si le risque thrombotique du patient est élevé, une prise en charge hospitalière est recommandée.

### Pour les patients traités par AAP :

- il n'existe pas d'examen biologique permettant de prévoir le risque hémorragique.
- pour les patients sous **monothérapie d'AAP**, la poursuite du traitement est recommandée, quelque soit le risque hémorragique de l'acte à prévoir.
- pour les patients sous **bithérapie d'AAP** :
  - si le **risque hémorragique de l'acte est faible**, la poursuite du traitement est recommandée.
  - si le **risque hémorragique de l'acte est élevé**, c'est au médecin prescripteur de définir la stratégie thérapeutique optimale.

### Pour les patients traités par AVK :

- si le **risque hémorragique de l'acte est faible**, la poursuite du traitement est recommandée. L'INR doit être stable, inférieur à 4 et mesuré dans les 24 heures précédant l'acte chirurgical.
- si le **risque hémorragique de l'acte est élevé** :
  - lorsque le **risque thrombotique du patient est faible**, le traitement peut être arrêté : 24 heures avant l'intervention pour l'acénocoumorol, 48 heures avant l'intervention pour la coumadine et le fluindone. L'INR sera contrôlé avant l'acte chirurgical et devra être inférieur ou égal à 1,5. Le traitement pourra être repris dans les 24 à 48 heures postopératoires.
  - lorsque le **risque thrombotique du patient est élevé**, l'acte chirurgical devra se faire en milieu hospitalier, afin de prévoir un relai héparinique.

### Pour les patients traités par AOD :

- il n'existe pas d'examen biologique permettant de prévoir le risque hémorragique.
- si le **risque hémorragique de l'acte est faible**, la poursuite du traitement est recommandée.
- si le **risque hémorragique de l'acte est élevé** :
  - lorsque le **risque thrombotique du patient est faible**, le traitement peut être arrêté la veille de l'intervention et repris le lendemain.
  - lorsque le **risque thrombotique du patient est élevé**, l'acte chirurgical devra se faire en milieu hospitalier, afin de prévoir un relai héparinique.




## **Thrombopénies et NFS**

En dehors des traitements antithrombotiques, certains patients peuvent également souffrir d'un syndrome hémorragique en raison d'une thrombopénie (syndrome myélodysplasique, cirrhoses hépatiques, hépatites virales, VIH, néphropathies) ou d'une altération des facteurs de coagulation (déficience hépatique).

Dans ce cas, des examens biologiques permettent d'évaluer le risque hémorragique :

- Dosage des plaquettes : le taux normal se situe entre 150 000 et 400 000/mm<sup>3</sup>. Lorsqu'il est inférieur à 100 000/mm<sup>3</sup>, le risque hémorragique est majoré.
- Taux de prothrombine (TP) : il est normalement compris entre 70 et 100%. Lorsqu'il est inférieur à 50%, le risque hémorragique est fortement majoré. Dans ce cas, les actes de chirurgie dentaire doivent avoir lieu en milieu hospitalier.
- Temps de céphaline activée (TCA) : il se situe normalement autour de 32 secondes. Un allongement du TCA entraîne une augmentation du risque hémorragique.

## Nature de l'acte et risque hémorragique associé

Actes sans risque hémorragique	Actes à faible risque hémorragique	Actes à risque hémorragique élevé
Anesthésie locale Détartrage	Avulsions simples Avulsions multiples dans un même quadrant Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion < 3mm) Chirurgie muco-gingivale (hors prélèvement palatin) Chirurgie pré-orthodontique d'une dent incluse ou enclavée Implant unitaire Dégagement d'implant Biopsie ou exérèse de la muqueuse orale (<1cm)	Avulsion de dent(s) incluse(s) Avulsions multiples dans plusieurs quadrants Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion > 3cm) Chirurgie des tissus mous Elévation du sinus Greffes osseuses Fermeture d'une CBS Implants multiples dans plusieurs quadrants Exérèse des pseudotumeurs et tumeurs bénignes de la muqueuse buccale (> 1 cm)
		
Mesures préventives des complications hémorragiques :  Hémostase mécanique simple par pression	Mesures préventives des complications hémorragiques :  Mesure d'hygiène bucco-dentaire et détartrage Hémostase chirurgicale conventionnelle Acide tranexamique	Mesures préventives des complications hémorragiques :  Mêmes mesures préventives que pour une chirurgie à faible risque hémorragique Médicaments dérivés du sang, à base de fibrinogène et thrombine humains Electrocoagulation Privilégier les chirurgies mini-invasives Imagerie 3D préopératoire en cas de pose d'implant

### Gestes déconseillés en présence d'un patient présentant un risque hémorragique

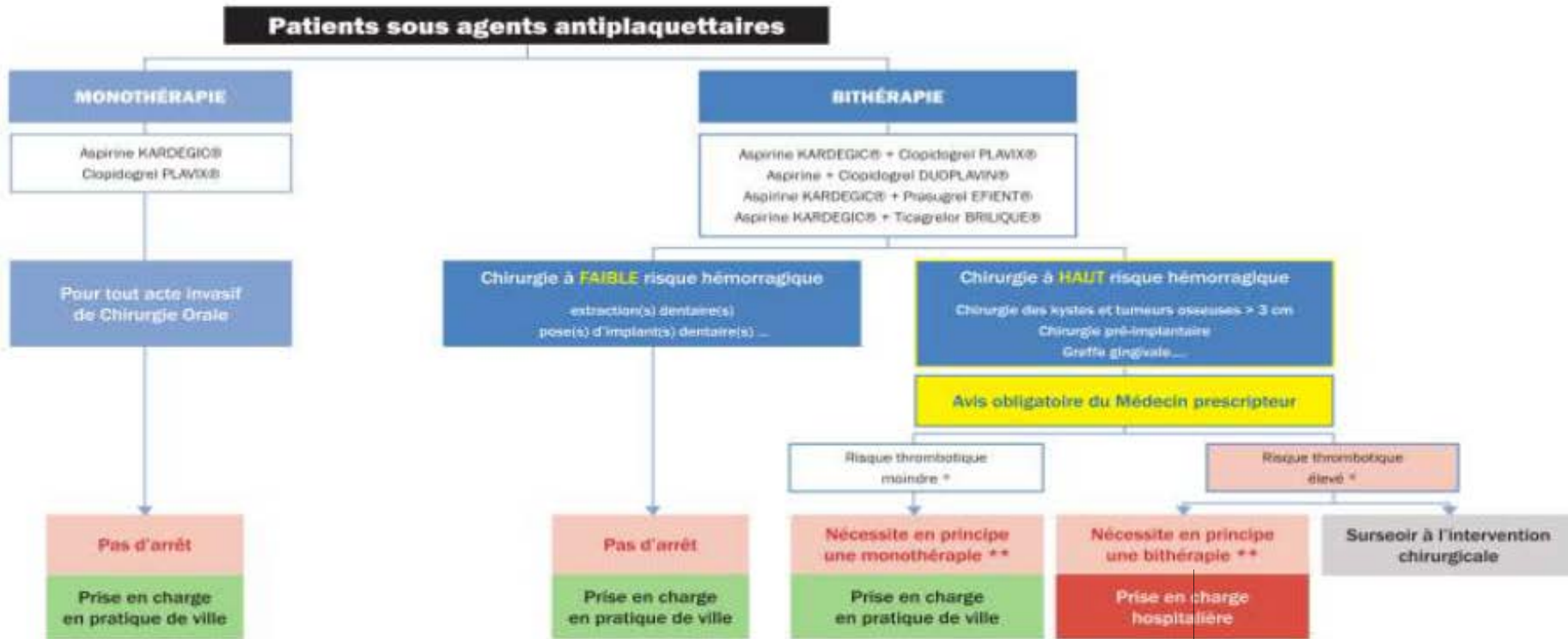
- Bloc du nerf alvéolaire inférieur
- Greffe autologue : en raison d'un site de prélèvement supplémentaire, privilégier les greffons hétérologues et synthétiques.

### Gestes contre-indiqués en présence d'un patient présentant un risque hémorragique

- Bloc du nerf alvéolaire inférieur bilatéral : risque d'hématome latéropharyngé bilatéral et de dyspnée.
- Prélèvement symphysaire : risque d'hématome du plancher buccal et de dyspnée.
- Greffe gingivale avec prélèvement palatin : risque de lésion de l'artère palatine.



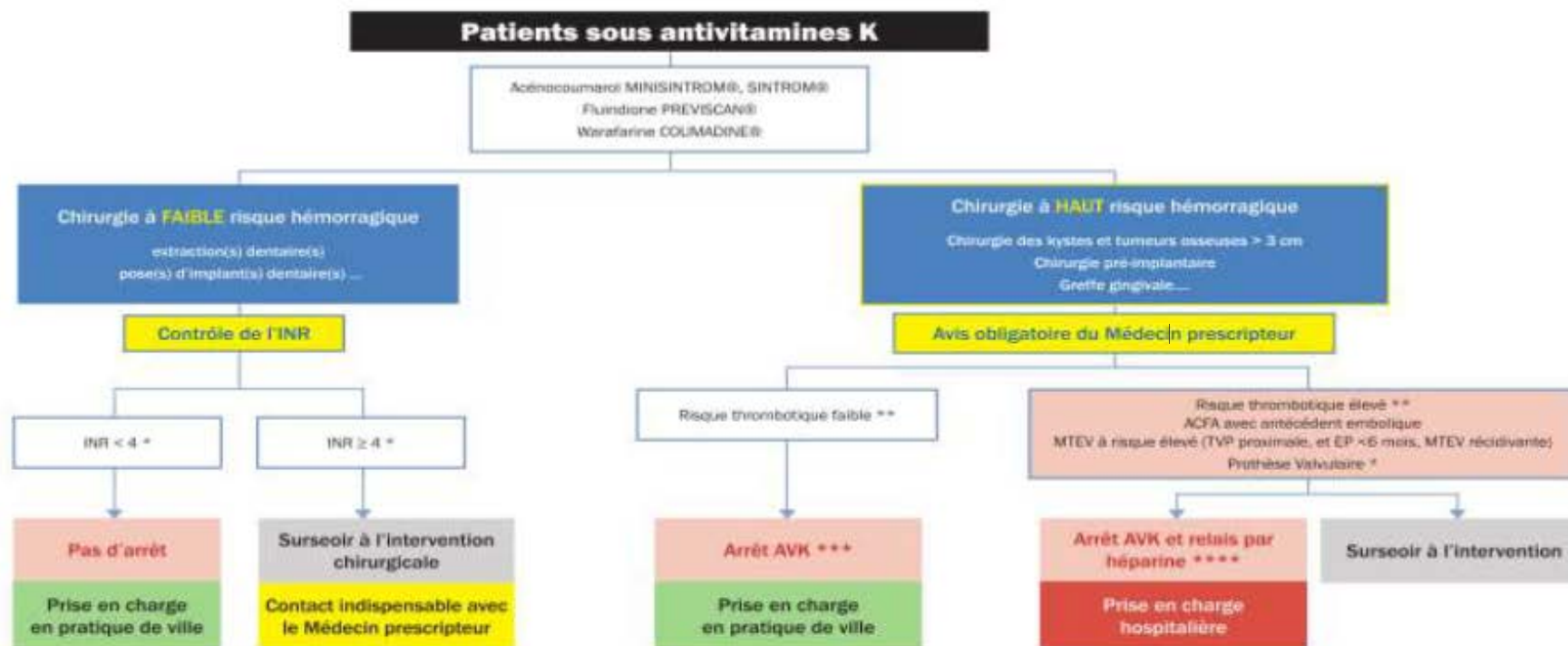
Annexe 2 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires (AAP) en chirurgie orale.



\* Détermination du niveau de risque thrombotique site consultable : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) ; \* Recommandations : Antiagregants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotiques et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien - (HAS novembre 2013).

\*\* Monothérapie : poursuivre la prescription d'aspirine, délai d'interruption: clopidogrel : 5 jours, prasugrel : 7 jours, ticagrelor 3 à 5 jours.

Annexe 3 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous antivitamine K (AVK) en chirurgie orale.



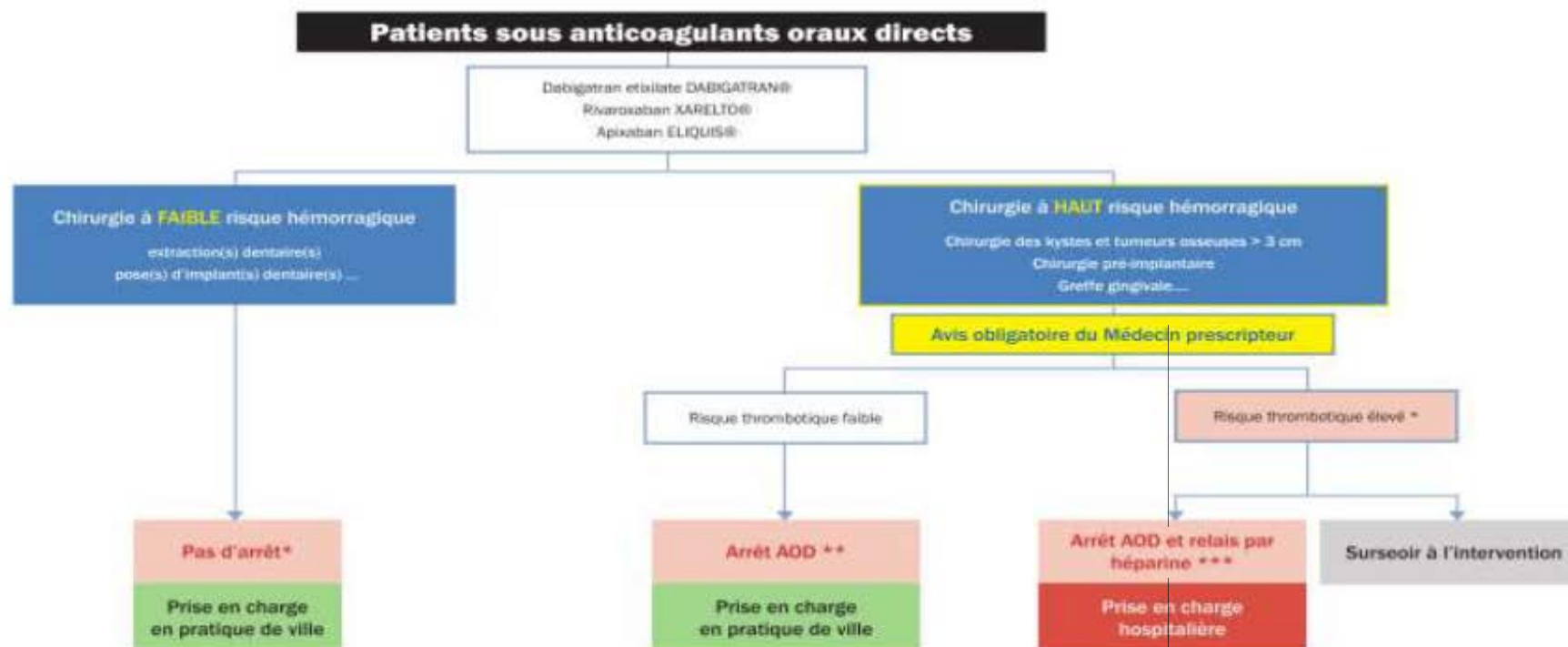
\* Chez les patients porteurs de prothèses valvulaires, la pose d'implant, la chirurgie pré-implantaire et parodontale sont contre-indiquées.

\*\* Détermination du niveau de risque thrombotique : site consultable : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) - Recommandations : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier - (GEHT, HAS avril 2008).

\*\*\* Arrêt AVK : arrêter l'AVK à 4 à 5 jours avant l'intervention, reprise de l'AVK le soir ou le lendemain de l'intervention, pratiquer un INR à 48h (HAS 2008)

\*\*\*\* Arrêt AVK et relais par héparine : à J-5 arrêt de l'AVK, à J-3 relais par HBPM (ou HNF) à dose curative, à J-1 dernière injection HBPM le matin, HNF le soir, à J0 intervention, à J+1 reprise AVK et héparine (à moduler en fonction du risque hémorragique), arrêt de l'héparine dès que l'INR cible est atteint.

Annexe 4 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie orale.



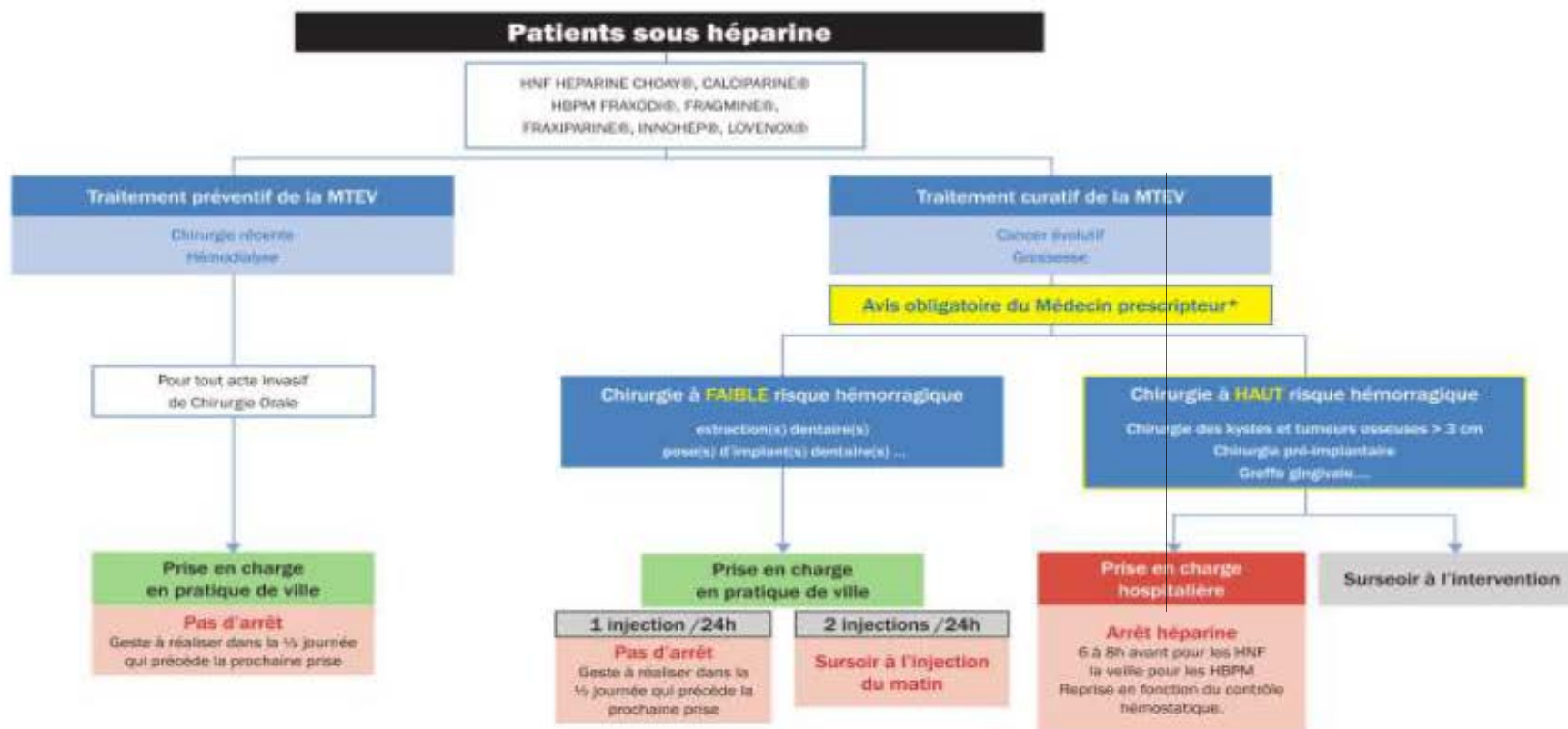
\* **Pas d'arrêt** : il importe de préciser l'âge, l'indication (schéma curatif ou prévention en chirurgie orthopédique), la dose, le nombre de prises par jour, l'heure de la dernière prise, geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine prise

\*\* **Arrêt AOD** : arrêter l'AOD la veille et le jour de l'intervention (fenêtre thérapeutique de 48h).

\*\*\* **Arrêt AOD et relais par l'héparine** : arrêter l'AOD 5 jours avant l'intervention chirurgicale.



Annexe 5 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous héparines en chirurgie orale.



\* vérifier si pas d'autres risques et précaution.

## **Annexe 2 : Prise en charge du risque infectieux**

La gestion du risque infectieux est essentielle lors de notre exercice en cabinet dentaire. Elle passe tout d'abord par la détection des patients à risque :

- ceux étant considérés comme immunodéprimés, soit en raison d'un état pathologique, soit secondairement à un traitement pris au long court,
- ceux présentant un risque d'endocardite infectieuse.

On peut considérer qu'un taux de lymphocytes ou de polynucléaires neutrophiles inférieur à  $1500/\text{mm}^3$  de sang équivaut à un risque infectieux potentiel. Cependant, la numération de la formule sanguine seule ne permet pas d'apprécier l'immunodépression d'un patient. Il faudra également tenir compte de son âge, de la présence de plaque et de tartre, ...

En fonction de la nature et de la durée de l'acte à réaliser, une antibioprophylaxie sera à mettre en place afin de limiter le risque d'infection locale et son extension éventuelle.

### **Qui sont les patients considérés comme immunodéprimés ?**

- Pathologies entraînant une immunodépression :
  - Syndrome myélodysplasique : diminution du nombre de globules blancs en raison d'une anomalie de maturation des lignées cellulaires.
  - Cirrhose hépatique : la cirrhose provoque une immunodépression. Le risque infection est donc accru chez le patient cirrhotique. Les infections bactériennes sont plus fréquentes et plus graves chez ces patients.
  - VIH : leucopénie et neutropénie entraînant une exposition aux infections opportunistes très importantes.
  - Néphropathie : état d'immunodépression par perturbation de l'immunité cellulaire et humorale (nombreux mécanismes perturbés en raison de l'urémie).
  - Diabète non équilibré : le patient diabétique non équilibré ( $\text{HbA1c} > 7\%$ ) est considéré comme ayant un risque infectieux accru. A l'inverse, une infection peut également entraîner un déséquilibre du diabète. Le risque d'extension d'un foyer infectieux augmente lorsque la glycémie augmente.

- Traitements pharmacologiques entraînant une immunodépression :
  - Corticoïdes au long cours : la corticothérapie est dite au long cours lorsqu'elle dépasse un mois de traitement. Le risque infectieux est présent lorsque la posologie dépasse 10mg par jour de prednisone (Cortancyl), ou :
    - 40mg d'hydrocortisone (Hydrocortisone)
    - 10mg de prednisolone (Solupred)
    - 8mg de méthylprednisolone (Medrol)
    - 1,5mg de béthamétasone (Celestène) ou de dexamétasone (Dectancyl).
  - Immunosuppresseurs : ils inhibent soit l'immunité à médiation cellulaire (lymphocytes, macrophages), soit l'immunité à médiation humorale (production d'anticorps) :
    - Anticorps anti-lymphocytaire : Thymoglobuline, Rituximab
    - Anticorps anti-IL2 : Basiliximab
    - Inhibiteurs de la calcineurine : Ciclosporine, Tacrolimus
    - Inhibiteurs mTOR : Sirolimus, Evérolimus
    - Antimétabolites : Azathioprine, Mycophénolate, Acide mycophénolique, Méthotrexate
    - Anti-TNF : Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Certolizumab, Golimumab.
  - Chimiothérapie et autres thérapies médicamenteuses anticancéreuses : ces médicaments cytotoxiques ont une action plus ou moins spécifique sur les cellules en division (cellules cancéreuses, mais également cellules de la moelle osseuse, cellules de la muqueuse buccale) :
    - Agents cytotoxiques (agents alkylants, agents antimétabolites, agents tubulo-affines)
    - Hormones (stéroïdes, glucocorticoïdes, œstrogènes, antiaromatases, antiandrogènes)
    - Modificateurs de la réponse immunitaire
    - Antiangiogéniques (anticorps monoclonaux, inhibiteurs de l'activité protéine-kinase).
  - Ribavirine : utilisée dans le traitement des hépatites virales chroniques.

- Traitements ou pathologies entraînant un ralentissement de la cicatrisation :
  - Biphosphonates : ils sont prescrits afin de diminuer le risque de fracture et les douleurs osseuses, dans les cas d'ostéoporose (polyarthrite rhumatoïde, paraplégie, ostéoporose cortico-induite). Leurs activités antiostéoclastique et antiangiogénique augmentent le risque d'ostéonécrose après un acte chirurgical (avulsion dentaire, pose d'implants, chirurgie parodontale, résection apicale). Les principales molécules prescrites sont :
    - Alendronate : Fosamax, Adavance, Fosavance
    - Ibandronate : Bonviva
    - Risédronate : Actonel
    - Zolédronate : Aclasta, Zometa.
  - Diabète : la maladie diabétique et son traitement entraînent des altérations osseuses qualitatives et quantitatives. Les microangiopathies osseuses ont pour conséquence un retard de la cicatrisation osseuse, et donc, une augmentation du risque infectieux.
  - Radiothérapie de la sphère orale : le risque d'ostéoradionécrose, secondaire à un acte de chirurgie buccale, chez les patients ayant reçu des doses supérieures à 30Gy dans la sphère cervico-faciale, reste présent tout au long de la vie. Il est dû à une thrombose vasculaire altérant les capacités réparatrices et régénatrices de l'os, en particulier à la mandibule.

## Qui sont les patients considérés comme à haut risque d'endocardite infectieuse (HREI) ?

L'endocardite infectieuse est la conséquence d'une greffe de bactérie sur une valve cardiaque. Elle peut avoir des répercussions locales (lésions valvulaires) mais également générales (risque d'insuffisance cardiaque et de complications infectieuses).

Il existe trois types de patients à haut risque d'endocardite infectieuse :

- Patients ayant des antécédents d'endocardite infectieuse
- Patients porteurs d'une prothèse valvulaire mécanique
- Patients souffrant d'une cardiopathie congénitale cyanogène :
  - o Non opérée
  - o Opérée avec shunt résiduel
  - o Opérée avec matériel prothétique.

Les autres cardiopathies ne sont pas considérées comme étant à haut risque d'endocardite infectieuse :

- Autres valvulopathies (insuffisance ou rétrécissement valvulaire)
- Cardiopathie congénitale non cyanogène
- Arythmie
- Maladie coronarienne
- Patient porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque.

Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, certains actes sont contre indiqués :

- Anesthésie intraligamentaire,
- Traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalaire ; traitement endodontique des dents vivantes en plusieurs séances ou sans champ opératoire,
- Amputation radiculaire, transplantation, réimplantation,
- Chirurgie périapicale,
- Chirurgie parodontale, chirurgie implantaire, chirurgie des péri-implantites,
- Mise en place de matériaux de comblement,
- Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées.

Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, tout acte invasif nécessite une antibioprofylaxie.



### **Liste des actes non invasifs / invasifs**

Quelque soit le niveau de risque infectieux du patient, aucune antibioprophylaxie n'est nécessaire pour les actes non invasifs :

- Actes de prévention non sanglants
- Radiographie intraorale
- Prothèse (amovible ou fixée) non sanglante
- Pose et ajustement d'appareil orthodontique
- Dépose de fils de suture
- Soins conservateurs.

### **Comment prescrire une antibiothérapie prophylactique ?**

L'antibiothérapie prophylactique consiste, en une prise unique, dans l'heure qui précède l'intervention, de :

- 2g d'amoxicilline, pour les patients non allergiques aux pénicillines,
- 600mg de clindamycine, pour les patients allergiques aux pénicillines.

### **Cas particulier des patients présentant un risque infectieux majoré prolongé**

Chez certains patients, le risque infectieux reste présent tant que la cicatrisation muqueuse n'est pas complète. C'est le cas des patients présentant un risque d'ostéonécrose (radiothérapie de la sphère orale, patients sous biphosphonates), des diabétiques non équilibrés, et des malades dont le taux de polynucléaires neutrophiles est inférieur à  $500/\text{mm}^3$  de sang. Dans ces circonstances, l'antibioprophylaxie doit être complétée d'une antibiothérapie jusqu'à la cicatrisation de la muqueuse (7 à 10 jours).

## **Recommandations de prescription d'une antibioprophylaxie (Afssaps, 2011)**

Actes invasifs	Patients		
	Population générale	Immunodéprimés	HREI
Mise en place d'une digue	-	-	ATB
Traitement endodontique d'une dent à pulpe vivante	-	ATB	ATB
Traitement endodontique d'une dent à pulpe non vivante	-	ATB	CI
Retraitement endodontique	-	ATB	CI
Chirurgie apicale (avec ou sans matériau de comblement)	-	ATB	CI
Détartrage / Surfaçage	-	ATB	ATB
Sondage parodontal	-	ATB	ATB
Chirurgie parodontale (élongation coronaire, chirurgie de la poche, chirurgie mucogingivale)	-	ATB	CI
Avulsion dentaire (dent sur arcade, avec ou sans alvéolectomie, avec ou sans séparation de racines)	-	ATB	ATB
Avulsion d'une dent incluse, en désinclusion, germectomie	ATB	ATB	ATB
Amputation radiculaire	-	ATB	CI
Chirurgie pré-orthodontique des dents incluses ou enclavées	ATB	ATB	CI
Autotransplantation	ATB	ATB	CI
Chirurgie osseuse	ATB	ATB	CI
Exérèse d'une tumeur bénigne de la muqueuse buccale	-	ATB	ATB
Freinectomie	-	ATB	ATB
Biopsie d'une glande salivaire accessoire	-	ATB	ATB
Chirurgie préimplantaire (soulevé de sinus, greffe osseuse)	ATB	ATB	CI
Chirurgie implantaire (pose d'implant, dégagement d'implant, chirurgie des périimplantites)	-	ATB	CI
Anesthésie locale et locorégionale	-	-	-
Anesthésie intraligamentaire	-	ATB (sauf pour les patients avec risque d'ostéonécrose : CI)	CI
Soins de prothèse avec risque de saignement	-	ATB	ATB
Soins d'orthodontie avec risque de saignement	-	ATB	ATB

- : La prescription d'une antibiothérapie prophylactique n'est pas nécessaire.

ATB : La prescription d'une antibiothérapie prophylactique est recommandée.

CI : L'acte est contre-indiqué.

# Index des médicaments

## A

Abacavir, 114  
Abatacept, 168  
Acamprosate, 106, 118  
Acarbose, 115, 124, 162  
Acebutolol, 91, 93, 96, 99, 102, 133  
**Acéclofénac**, 169, 170, 203, 207  
Acénocoumarol, 71, 75, 90, 97, 102, 157, 162  
Aciclovir, 52, 111, 116, 158  
acide acétylsalicylique, 26, 71, 72, 75, 76, 82, 116, 133,  
147, 162, 169, 193, 203, 207, 211  
Acide alendronique, 161, 169, 212  
Acide folique, 128, 157, 212  
Acide ibandronique, 161, 169, 212  
acide niflumique, 26, 28, 169, 170, 203, 207  
Acide risédronique, 161, 169, 212  
acide tiaprofénique, 26, 28, 169, 170, 203, 207  
Acide valproïque, 72, 86, 118, 128  
**Acide zolédronique**, 161, 169, 212  
Adalimumab, 168, 193, 207, 228  
Adénofir, 110, 116  
Agomélatine, 71, 117, 148, 187, 190  
Albendazole, 116  
Alfacalcidol, 128, 157, 212  
alfuzosine, 41, 48, 199, 201  
Alimemazine, 174  
Allopurinol, 211, 214  
Alprazolam, 59, 60, 61, 76, 106, 108, 121, 122, 129,  
130, 143, 149, 151, 163, 165, 174, 175, 176, 177,  
179, 181, 183, 185, 187, 189, 190, 195, 199  
Alprostadil, 73, 124, 161, 200  
Amantadine, 147, 151  
Amiloride, 86, 96, 99, 106  
Amiodarone, 91, 93, 102  
Amisulpride, 173, 175  
Amitriptyline, 71, 117, 148, 163, 173, 179, 183, 187,  
189, 199  
Amlodipine, 96, 99, 133  
Amoxapine, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187, 189  
Amoxicilline, 38, 39, 40, 44, 102, 107, 231  
Amphotéricine B, 47, 50, 111, 115, 116, 121, 158  
Anakinra, 168

Anétholtrithione, 53, 161  
Apixaban, 71, 75, 90, 97, 157  
Apomorphine, 147, 151  
**Argile**, 161  
Aripiprazole, 173, 176  
Atazanavir, 114, 120  
Aténolol, 91, 93, 96, 99, 102, 133  
Atorvastatine, 71, 75, 82, 106, 124, 133, 156, 162, 211  
Atovaquone, 115  
Atropine, 161, 165, 194, 195  
Avanafil, 73, 77  
Azacitidine, 79  
Azathioprine, 168, 193, 228

## B

B12, 157, 212  
Baclofène, 73, 106, 108, 161, 165, 199  
Bambutérol, 138  
Bamifylline, 138  
Basilimax, 211  
Béclométasone, 138  
Bélimumab, 211  
**Benazepril**, 82, 96, 100, 134  
bensérazide, 147  
Benzylpénicilline, 115  
Bétaméthasone, 72, 86, 116, 138, 140, 168, 193, 208,  
217  
Bétaxolol, 96, 99, 133  
Bézafibrate, 115, 156, 162, 211  
Bipéridène, 149, 152, 173, 176  
Bisacadyl, 73, 149, 161, 200  
Bisoprolol, 96, 99, 133  
Boceprevir, 110, 116  
Bosentan, 102  
Bromocriptine, 147, 151  
Budésônide, 86, 138, 140, 193  
buprénorphine, 49, 118, 121  
Bupropion, 106, 108, 110, 118, 124, 134, 138, 157,  
194, 212

## C

calcifédiol, 157, 212  
**Calcitonine**, 161

calcitriol, 157, 212  
calcium, 118, 128, 155, 156, 158, 212, 214  
Candésartan, 96, 98, 133  
**Captopril**, 82, 96, 100, 134, 156, 211  
carbamazépine, 41, 42, 48, 72, 73, 86, 118, 124, 128,  
129, 163, 174, 176, 199  
carbidopa, 147, 151  
Carbonate de lanthane, 156, 158  
Cartéolol, 96, 99, 133  
Ceftriaxone, 115  
**Célécoxib**, 169, 170, 203, 207  
Céliprolol, 96, 99, 133  
Certolizumab, 168, 207, 228  
Chloroquine, 168, 171  
Chlorpromazine, 173, 175  
cholécalficérol, 157, 212  
Cholestyramine, 194  
Cibenzoline, 90, 102  
Ciclésonide, 86, 138, 140  
Ciclétanine, 86, 96, 99, 106  
ciclosporine, 42, 211, 213, 228  
**Cilazapril**, 82, 96, 100, 134  
Ciprofibrate, 115, 156, 162, 211  
ciprofloxacine, 193, 195  
Citalopram, 71, 117, 143, 148, 163, 173, 179, 183,  
187, 189  
Clarithromycine, 39, 41, 42, 44, 115, 120, 121  
Clindamycine, 39, 43, 44, 102, 231  
Clobazam, 72, 86, 118, 128, 129, 149, 163, 174, 179,  
181, 183, 187, 199  
Clomipramine, 71, 73, 117, 148, 173, 179, 183, 187,  
189, 199  
Clonazépan, 72, 86, 118, 128, 129  
Clopidogrel, 71, 75, 82, 90, 97, 124, 133, 211  
Clozapine, 147, 173, 176  
Cobicistat, 115  
Codéine, 30, 31, 72, 76, 82, 116, 147, 162, 169, 193,  
203, 207  
colchicine, 41, 42, 43, 47, 49, 211, 214  
colestyramine, 156, 162, 165, 211, 214  
Cyamémazine, 173, 175

## D

dabigatran, 48, 71, 75, 90, 97, 157  
Dantrolène, 73  
Darbépoétine, 156, 211

Darunavir, 114, 120  
Déférasirox, 79, 80  
Déféroxamine, 79, 154  
**Desmopressine**, 161  
Dexaméthasone, 36, 42, 50, 86, 138, 140, 168, 217  
Diazepam, 59, 60, 61, 76, 106, 108, 130, 151, 165, 175,  
177, 181, 185  
diclofénac, 26, 28, 169, 170, 203, 207  
Didanasine, 114  
Digoxine, 66, 91, 94, 97, 102, 103, 157, 212, 221  
Dihexyvérine, 116, 120  
Dihydrocodéine, 72, 76, 82, 116, 147, 162, 169, 193,  
203, 207  
Diltiazem, 91, 93, 96, 99, 102, 133  
Diméthyl fumarate, 199  
Dipyridamole, 71  
disopyramide, 41, 42, 90, 92, 102  
Disulfirame, 106, 108, 118  
Divalproate de sodium, 174  
Docusate sodique, 73, 149, 161, 200  
Dolutégravir, 115  
dompéridone, 55, 56, 57, 148, 152, 195  
Donépézil, 143, 144  
Dosulépine, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187, 189  
Doxazosine, 199  
Doxépine, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187, 189  
Doxylamine, 174  
Duloxétine, 71, 117, 124, 148, 173, 187, 190

## E

Efavirenz, 114  
Emtricitabine, 114  
Enalapril, 82, 96, 100, 134  
Entacapone, 147, 151  
Entécavir, 110, 116  
Eplérénone, 96, 99  
Epoétine, 156, 211  
Eprosartan, 96, 98, 133  
ergocalciférol, 157, 212  
Escitalopram, 71, 117, 143, 148, 163, 173, 179, 183,  
187, 189  
Eslicarbazépine, 72, 86, 118, 128  
Esmolol, 91, 93  
**Esomeprazole**, 161, 165  
Etanercept, 168, 207, 228  
Ethambutol, 115, 217

Ethosuximide, 72, 86, 118, 128  
**Etodolac**, 169, 170, 203, 207  
Etravirine, 114, 120  
Evérolimus, 211, 214, 228  
Eviltégravir, 115  
Exénatide, 115, 124, 162

## F

Fampridine, 199, 201  
Fébuxostat, 211  
Felbamate, 72, 86, 118, 128  
Féلودipine, 96, 99, 133  
Fénofibrate, 115, 156, 162, 211  
Fénotérol, 138  
Fentanyl, 72, 76, 82, 116, 163, 199  
fer, 79, 80, 153, 154, 156, 158, 193, 195, 211, 214  
fésotérodine, 41, 49, 161, 165, 200  
Filgrastim, 79, 116  
Fingolimod, 199, 201  
Flavoxate, 73, 161, 200  
Flécaïnide, 90, 102  
Floctafénine, 72, 82, 116, 147, 162, 169, 193, 203, 207  
Fluconazole, 47, 48, 50, 115, 129, 176  
Flucytosine, 115  
Fluindione, 71, 75, 90, 97, 102, 157, 162  
Fluoxétine, 71, 117, 143, 148, 163, 173, 179, 183, 187, 189  
Flupentixol, 173, 175  
Fluphénazine, 173  
**Flurbiprofène**, 169, 203, 207  
Fluticasone, 86, 138, 140  
Fluvastatine, 71, 75, 82, 106, 115, 133, 156, 162, 211  
Fluvoxamine, 71, 117, 189  
Folinate de calcium, 118  
Formotérol, 138  
Fosamprénavir, 114, 120  
Foscarnet sodique, 115, 121  
**Fosinopril**, 82, 96, 100, 134  
Fumagilline, 116  
Furosémide, 86, 96, 99, 102, 106

## G

Gabapentine, 72, 86, 118, 128, 163, 199  
Galatamine, 143  
Ganciclovir, 115, 121  
Gemfibrozil, 115, 156, 162, 211

Glatiramère, 199  
Glibenclamide, 115, 124, 126, 162  
Gliclazide, 115, 124, 126, 162  
Glimépiride, 115, 124, 126, 162  
Glipizide, 115, 124, 126, 162  
Glycopyrronium, 138  
Golimumab, 168, 207, 228

## H

Halopéridol, 173, 175  
Hydrochlorothiazide, 86, 96, 99, 106  
Hydrocortisone, 116, 140, 193, 228  
Hydromorphone, 72, 76, 82, 116, 163, 199  
Hydroquinidine, 90, 93, 102  
Hydroxychloroquine, 168

## I

ibuprofène, 26, 28, 72, 82, 116, 147, 162, 169, 170, 193, 203, 207  
**Imidapril**, 82, 96, 100, 134  
Imipramine, 71, 73, 117, 148, 163, 173, 179, 183, 187, 189, 199  
Indacatérol, 138  
Indapamide, 86, 96, 99, 106  
**Indométacine**, 169, 170, 203, 207  
Infliximab, 168, 193, 207, 228  
Insuline, 115, 123, 124  
Interféron, 110, 116  
Ipratropium, 138, 140  
Iproniazide, 71, 117, 148, 173, 187, 190  
Irbésartan, 96, 98, 124, 133, 156, 211  
isoniazide, 36, 115, 217, 219  
Isosorbide dinitrate, 133  
Isradipine, 96, 99, 133

## K

**Kaolin**, 161, 165  
kétoprofène, 26, 169, 170, 203, 207

## L

Labétalol, 96, 99, 133  
Lacidipine, 96, 99, 133  
Lacosamide, 72, 86, 118, 128  
Lactitol, 73, 149, 161, 200

Lactulose, 73, 106, 149, 161, 200  
Lamivudine, 110, 114, 116  
Lamotrigine, 72, 86, 118, 128, 174  
**Lansoprazole**, 161, 165  
léflunomide, 168, 207  
Lénalidomide, 79  
Lénograstim, 79  
Lercanidipine, 96, 99, 133  
Levetiracetam, 72, 86, 118, 128  
lévodopa, 40, 56, 147, 151  
lévofloxacine, 193, 195  
Lévomépromazine, 173, 175  
lidocaïne, 63, 64, 65, 66, 90, 102  
Liraglutide, 115, 124, 162  
Lisinopril, 82, 96, 100, 124, 134, 156, 211  
Lisuride, 147, 151  
lithium, 56, 174, 177, 182, 187  
Lixisénatide, 115, 124, 162  
Lopéramide, 116, 194  
Lopinavir, 114, 120  
losartan, 48, 96, 98, 124, 133, 156, 211  
Loxapine, 173, 176

## M

Magnésium, 73, 149, 161, 193, 195, 200, 211, 214  
Magnésium hydroxyde, 73, 149, 161, 200  
Manidipine, 96, 99, 133  
Maprotiline, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187, 189  
Mébévérine, 116  
Mélatonine, 174  
**Méloxicam**, 169, 170, 203, 207  
Mémantine, 143  
Mésalazine, 193  
Metformine, 115, 124, 162  
Méthadone, 118, 122  
méthotrexate, 27, 40, 168, 170, 207, 228  
Méthylprednisolone, 36, 86, 138, 140, 168, 199, 208,  
217  
Métoprolol, 91, 93, 96, 99, 102, 133  
Métronidazole, 39, 43, 44, 130, 193, 219  
Miansérine, 71, 117, 143, 148, 163, 187, 190  
Midodrine, 147, 161  
Miglitol, 115, 124, 162  
Milnacipran, 71, 117, 148, 173, 187, 190  
Mirtazapine, 71, 117, 143, 148, 163, 187, 190  
**Misoprostol**, 169, 203, 207

Mitoxantrone, 199  
Moclobémide, 71, 117, 148, 173, 187, 190  
Moexipril, 82, 96, 100, 134  
Molsidomine, 133  
Mométasone, 86, 138, 140  
Montélukast, 138  
morphine, 30, 34, 72, 76, 82, 116, 163, 199  
moxifloxacine, 193, 195  
Mucilage, 73, 149, 161, 200  
Mycophénolate, 211, 213, 228

## N

**Nabumétone**, 169, 170, 203, 207  
Nadolol, 91, 93, 96, 99, 102, 133  
Nalmefène, 106, 118  
Naltrexone, 106, 108, 118  
naproxène, 26, 28, 169, 170, 203, 207  
Natalizumab, 199  
Nébivolol, 96, 99, 133  
névirapine, 48, 114, 120  
Nicardipine, 96, 99, 133  
Nicorandil, 133  
nicotine, 106, 108, 110, 111, 118, 124, 134, 135, 138,  
157, 194, 212  
Nifédipine, 96, 99, 133  
Nitrendipine, 96, 99, 133

## O

Octréotide, 86, 106  
ofloxacine, 193, 195  
Olanzapine, 173, 174, 176, 177  
Olmesartan, 96, 98, 133  
Olodatérol, 138  
Omalizumab, 138  
**Omeprazole**, 161, 165  
Opium, 72, 82, 116, 147, 162, 169, 193, 203, 207  
Oseltamivir, 71  
Oxazepam, 59, 60, 61, 76, 106, 108, 130, 151, 165, 175,  
177, 181, 185  
Oxcarbazépine, 72, 86, 118, 128  
Oxprénolol, 96, 99, 102, 133  
Oxybutynine, 73, 76, 161, 165, 200  
oxycodone, 41, 49, 72, 76, 82, 116, 163, 199

## P

**Pantoprazole**, 161, 165  
Papavérine, 161, 194  
Paracétamol, 25, 26, 30, 32, 72, 75, 82, 107, 110, 116, 147, 153, 162, 169, 193, 203, 207  
Paroxétine, 71, 117, 143, 148, 163, 173, 179, 183, 187, 189  
péfloxacine, 193, 195  
Pegfilgrastim, 79  
Peginterféron, 110, 116  
Penfluridol, 173, 176  
Pentaérythritol, 73, 149, 161, 200  
Pentamidine, 115, 120  
Pérampanel, 72, 86, 118, 128, 129  
Perindopril, 82, 96, 100, 134  
Péthidine, 72, 76, 82, 116, 163, 199  
Phénobarbital, 72, 86, 118, 128, 130  
phénytoïne, 48, 60, 72, 86, 90, 92, 102, 118, 128, 130  
Phloroglucinol, 161, 194  
Phytomenadione, 90  
Picosulfate de sodium, 73, 149, 161, 200  
Pilocarpine, 53, 54, 161, 165  
Pimozide, 173, 176  
Pinavérium bromure, 116  
Pindolol, 96, 99, 102, 133  
Pipampérone, 173, 175  
Pipobroman, 102  
Pipotiazine, 173, 175  
Pirétanide, 86, 96, 99, 106  
Piribédil, 147, 151  
**Piroxicam**, 169, 170, 203, 207  
Polyéthylène glycol, 73, 149, 161, 200  
**Polyvinyl polypyrrolidone**, 161  
Potassium, 128, 130, 155  
Pramipexole, 147, 151  
pravastatine, 42, 71, 75, 82, 106, 115, 133, 156, 162, 211  
Praziquantel, 86  
Prazosine, 199  
Prednisolone, 36, 72, 86, 116, 138, 140, 168, 193, 213, 217, 228  
prednisone, 35, 36, 72, 86, 87, 116, 138, 140, 168, 193, 208, 217, 228  
Pregabaline, 72, 86, 118, 128, 129  
Primidone, 72, 86, 118, 128, 130  
Probénécide, 211, 214

Promethazine, 174  
Propafénone, 90, 102  
Propériciazine, 173, 176  
Propranolol, 86, 87, 91, 93, 96, 99, 102, 106, 133, 179, 181, 199  
Pyrazinamide, 115, 217  
Pyridoxine, 118  
Pyriméthamine, 115

## Q

quétiapine, 41, 48, 173, 176  
**Quinapril**, 82, 96, 100, 134

## R

**Rabeprazole**, 161, 165  
**Ramipril**, 82, 96, 100, 124, 134, 156, 211  
Ranibizumab, 124  
Rasagiline, 147, 151  
Répaglinide, 115, 124, 126, 162  
Retigabine, 72, 86, 118, 128  
Ribavirine, 110, 111, 116, 220, 228  
rifabutine, 42, 48, 115, 121  
Rifampicine, 115, 217, 219  
Rilpivirine, 114  
Risperidone, 173, 176  
Ritonavir, 114, 120  
Rituximab, 168, 228  
rivaroxaban, 41, 49, 71, 75, 90, 97, 157  
Rivastigmine, 143, 144, 147, 151  
Ropinirole, 147, 151  
Rosuvastatine, 71, 75, 82, 106, 115, 133, 156, 162, 211  
Rotigotine, 147, 151  
Rufinamide, 72, 86, 118, 128

## S

Salbutamol, 138  
Salmétérol, 138  
Saxagliptine, 115, 124, 162  
Scopolamine, 116, 120, 161, 165, 194, 195  
Sélégiline, 147, 151  
Sels de calcium, 156, 158, 212  
Sertraline, 71, 117, 143, 148, 163, 173, 179, 183, 187, 189  
Sevelamer, 156, 158, 212, 214  
sildénafil, 42, 73, 77, 102

**Silicone**, 161  
Simvastatine, 71, 75, 82, 106, 124, 133, 156, 162, 211  
Sirolimus, 211, 214, 228  
Sitagliptine, 115, 124, 162  
solifénacine, 42, 49, 73, 76, 161, 165, 200  
Somatostatine, 86, 106  
Sorbitol, 73, 149, 161, 200  
Sotalol, 91, 93, 102  
Spinonolactone, 102  
Sulfadiazine, 115  
Sulfaméthoxazole, 115, 116  
Sulfasalazine, 168, 193  
Sulfonate de sodium, 156, 158, 212, 214  
**Sulindac**, 169, 170, 203, 207  
Sulpiride, 173, 175

## T

tacrolimus, 42, 211, 214, 228  
Tadalafil, 73, 77  
tamsulosine, 41, 49, 199, 201  
Telaprevir, 110, 116  
Telbivudine, 110, 116  
Telmisartan, 96, 98, 124, 133  
Tenofovir, 110, 111, 116  
**Ténoxica**m, 169, 170, 203, 207  
Térazosine, 199  
Terbutaline, 138  
Tériflunomide, 199, 201  
Terlipressine, 86, 106  
Tertatolol, 96, 99, 133  
Thalidomide, 116, 121, 193, 195  
Théophylline, 138, 141  
Tiagabine, 72, 86, 118, 128  
Tianeptine, 71, 117, 143, 148, 163, 187  
Tiapride, 175, 199  
tiémonium, 116  
Timolol, 96, 99, 133  
Tiotropium, 138  
Tizanidine, 73  
Tocilizumab, 168, 211  
Tolcapone, 147, 151  
toltérodine, 41, 49, 161, 165, 200

Topiramate, 72, 86, 118, 128  
Toxine botulique, 73  
Tramadol, 32, 33, 34, 72, 76, 82, 108, 116, 147, 162,  
169, 193, 203, 207  
**Trandolapril**, 82, 96, 100, 134  
Trihexyphénidyle, 149, 152, 173, 176  
Triméthoprime, 115, 116, 120  
Trimipramine, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187, 189  
Trinitrine, 133  
Tropatépine, 149, 152, 173, 176  
**Trospium**, 161, 165, 200

## V

Valaciclovir, 116  
Valganciclovir, 115, 121  
Valpromide, 174  
Valsartan, 96, 98, 133  
Vardénafil, 73, 77  
Varénicline, 106, 110, 118, 124, 134, 138, 157, 194,  
212  
venlafaxine, 42, 50, 71, 117, 148, 173, 179, 183, 187,  
190  
Verapamil, 91, 93, 102  
Vérapamil, 96, 99, 133  
Vigabatrin, 72, 86, 118, 128  
Vilantérol, 138  
Vildagliptine, 115, 124, 162  
Vitamine D, 128, 155, 161, 169, 212

## W

Warfarine, 71, 75, 90, 97, 102, 157, 162

## Z

Zanamivir, 71  
Zidovudine, 114  
Zofenopril, 82, 96, 100, 134  
zolpidem, 42, 50, 143, 147, 174, 179, 183, 185, 187  
Zonisamide, 72, 86, 118, 128  
zopiclone, 42, 50, 143, 147, 174, 179, 183, 185, 187  
Zuclopenthixol, 173, 175



## Bibliographie

1. AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), SFR (Société française de rhumatologie), SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur). Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses [en ligne]. 2011 [consulté le 01/09/2014]. Disponible à partir de : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf)
2. ALLAIN P. Les médicaments. 3<sup>e</sup> édition. Paris : CdM, 2000.
3. AMEILLE J. Facteurs de risques professionnels de la BPCO. La Revue du Praticien, Vol. 61 : p. 774, 2011.
4. ANCD (Académie Nationale de Chirurgie Dentaire). Bisphosphonates et odontologie : attitude du chirurgien-dentiste [en ligne]. 2014 [consulté le 31/08/2015]. Disponible à partir de : <http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/1139/BISPHOSPHONATES.pdf>
5. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé). Thésaurus des interactions médicamenteuses [en ligne]. 2015 [consulté le 21/12/2015]. Disponible à partir de : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/ecef295f205c622aa90884890425073f.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ecef295f205c622aa90884890425073f.pdf)
6. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé). Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [en ligne]. 2013 [consulté le 15/09/2014]. Disponible à partir de : [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf)
7. ARPIN S, KANDELMAN D, LALONDE B. La xérostomie chez les personnes âgées. Journal Dentaire du Québec, Vol. 42 : p. 263-271, 2005.
8. ASSELAH T, LADA O, MARCELLIN P. Traitement de l'hépatite chronique B. La Revue du Praticien, Vol. 61 : p. 45-51, 2011.

9. ASSURANCE MALADIE. La prescription de médicaments [en ligne]. 2012 [consulté le 01/09/2014]. Disponible à partir de : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/la-prescription-de-medicaments.php>
10. ASSURANCE MALADIE. Qu'est-ce que les troubles du rythme et de la conduction cardiaque ? [en ligne]. 2013 [consulté le 16/02/2015]. Disponible à partir de : <http://www.ameli-sante.fr/troubles-du-rythme-cardiaque/definition-des-troubles-du-rythme-et-de-la-conduction-cardiaque.html>
11. AUBERT J-P, BARUCH D. Infection par le VIH. Le Concours Médical, Vol. 133 n°3 : p. 202-205, 2011.
12. BARANGER P-L, NGUYEN J-F. Les antifongiques en odontostomatologie. Réalités Cliniques, Vol. 17 n°1 : p. 55-63, 2006.
13. BARDE M, BELLIVIER F. Traitement des troubles bipolaires. La Revue du Praticien, Vol. 64 : p. 1195-1202, 2014.
14. BAUTERS C. Physiopathologie de la maladie des artères coronaires. La Revue du Praticien, Vol. 58 : p. 1523-1526, 2008.
15. BENYAHYA I. Thérapeutiques anti-infectieuses : antibiotiques, antifongiques, antiviraux. Dans : EMC - Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale, 2013.
16. BOUKAIS H, ZERROUKI W, DAIMELLAH F, AOUAMEUR R. Antithrombotiques et odontostomatologie. EMC - Médecine Buccale, Vol. 8 n°3, 2013.
17. BOUREE P, BISARO F, ENSAF A. Actualités sur les bilharzioses. La Revue du Praticien, Vol. 28 n°919 : p. 294-295, 2014.
18. BOURLIERE M, KHALOUN A, CASTELLANI P. Traitement de l'hépatite C, La Revue du Praticien, Vol. 61 : p. 55-60, 2011.
19. BRISSOT P, BISMUTH M, PEYNAUD-DEBAYLE É, DE BELS F. Prise en charge de l'hémochromatose HFE. La Revue du Praticien, Vol. 56 : p. 2123-2129, 2006.
20. CASAMAJOR P, DESCROIX V. La prescription ciblée en odontologie. Paris : Ed CdP, 2009.

21. CHARDAIN A, STANKOFF B. Sclérose en plaques - Traiter et prévenir les poussées, prendre en charge les symptômes. Le Concours médical, Vol. 133 n°5 : p. 372-375, 2011
22. CHU TOULOUSE. Echelles d'auto-évaluation de la douleur [en ligne]. 2014 [consulté le 01/09/2014]. Disponible à partir de : <http://www.chu-toulouse.fr/-outils-et-ressources-pour-evaluer-#art2989>
23. Légifrance. Code de Santé Publique : Article R4127-204 ; Article R4127-238, Article L4141-1 [en ligne]. 2004 [consulté le 15/08/2014]. Disponible à partir de : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6DA8CBE62647B804B205F54ADF400B2B.tpdila08v\\_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060401](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6DA8CBE62647B804B205F54ADF400B2B.tpdila08v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060401)
24. COHEN SOLAL A. L'insuffisance cardiaque diastolique. La Revue du Praticien, Vol. 60 : p. 933-934, 2010.
25. CORVOL J-C. Maladie de Parkinson : du bilan initial des symptômes à l'initiation du traitement. Le Concours Médical, Vol. 137 n°6 : p. 457-460, 2015.
26. DELTENRE P, MATHURIN P. Principes de prise en charge des complications des malades cirrhotiques. La Revue du Praticien, Vol. 55 : p. 1555-1563, 2005.
27. DESCROIX V. Pharmacologie des anesthésiques locaux et des vasoconstricteurs. Réalités Cliniques, Vol. 17 n°2 : p. 125-136, 2006.
28. DESCROIX V, BAAROUN V. Prescription médicamenteuse raisonnée en chirurgie orale : les points essentiels. Réalités Cliniques, Vol. 19 n°1 : p. 5-17, 2008.
29. DESCROIX V, YASUKAWA K. Les médicaments en odonto-stomatologie. Paris : Ed. Maloine, 2005.
30. DI FILIPPO S. La tétralogie de Fallot à l'âge adulte. La Revue du Praticien, Vol. 63 : p. 380-381, 2013.
31. DROUET A. Traiter la maladie d'Alzheimer. Le Concours Médical, Vol. 131 n°6 : p. 201-205, 2009.

32. DUC P, AUMONT M-C. Fibrillation auriculaire. Le Concours Médical, Vol. 125 n°12 : p. 735-738, 2003.
33. EGLOFF C. Les interactions médicamenteuses en médecine bucco-dentaire. Information Dentaire, Vol. 97 n°25, Juin 2015.
34. EVEILLARD P. Les dépressions de l'adulte. La Revue du Praticien, Vol. 58 : p. 407, 2008.
35. FREDENRICH A. Les antidiabétiques oraux. Le Concours Médical, Vol. 128 n°33-34 : p. 1379-1382, 2006.
36. GALINIER M. Traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque systolique chronique. La Revue du Praticien, Vol. 60 : p. 941-946, 2010.
37. GANGLOFF P. Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires et antivitamines K. Réalités Cliniques, Vol. 19 n°1 : p. 69-78, 2008.
38. GATEY C, BOUVET E. Traitement de la tuberculose maladie de l'adulte. La Revue du Praticien, Vol. 62 : p. 495-503, 2012.
39. GAUTHIER É. Insuffisance rénale chronique : dépistage et prise en charge. Le concours Médical, Vol. 131 n°19 : p. 766-773, 2009.
40. HARDMAN J-G, LIMBIRD L-E, GILMAN A-G. Goodman & Gilman : les bases pharmacologiques de l'utilisation des médicaments. 9e édition. New-York : McGraw-Hill, 1998.
41. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et prestations – Affection de longue durée : Tuberculose [en ligne]. 2012 [consulté le 04/01/2016]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/actualisationlap\\_tuberculose\\_\\_web\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/actualisationlap_tuberculose__web_.pdf)
42. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Troubles du rythme ventriculaire graves chroniques [en ligne]. 2012 [consulté le 16/02/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald\\_5\\_lap\\_troubles\\_du\\_rythme\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_5_lap_troubles_du_rythme_web.pdf)

43. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Suite de transplantation rénale de l'adulte [en ligne]. 2012 [consulté le 21/12/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/ald\\_28\\_lap\\_suite\\_transplantation\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/ald_28_lap_suite_transplantation_web.pdf)
44. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Spondyloarthrite grave [en ligne]. 2014 [consulté le 07/12/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ald\\_27\\_lap\\_spondylarthrite\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ald_27_lap_spondylarthrite_web.pdf)
45. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Scoliose idiopathique structurale évolutive [en ligne]. 2012 [consulté le 23/11/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_scoliose\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_scoliose_web.pdf)
46. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Sclérose en plaques [en ligne]. 2014 [consulté le 09/11/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald\\_25\\_sep\\_actualisation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_25_sep_actualisation.pdf)
47. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Rectocolite hémorragique évolutive [en ligne]. 2014 [consulté le 26/10/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/lap\\_rch\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/lap_rch_web.pdf)
48. HAS (Haute Autorité de Santé). Synthèse des recommandations professionnelles - Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale [en ligne]. 2006 [consulté le 01/09/2014]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleurs\\_buccales\\_synthese\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleurs_buccales_synthese_recos.pdf)
49. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave [en ligne]. 2014 [consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_polyarthrite\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_polyarthrite_web.pdf)

50. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Paraplégie [en ligne]. 2014 [consulté le 31/08/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald\\_20\\_lap\\_paraplegie\\_septembre\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_20_lap_paraplegie_septembre_2007.pdf)

51. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Néphropathie chronique grave [en ligne]. 2013 [consulté le 17/08/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald19\\_lap\\_nephropathie\\_juin\\_07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald19_lap_nephropathie_juin_07.pdf)

52. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Maladie de parkinson [en ligne]. 2014 [consulté le 20/07/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/syndromes\\_parkinsoniens\\_liste\\_actes\\_pr\\_esta.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/syndromes_parkinsoniens_liste_actes_pr_esta.pdf)

53. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Maladie de Crohn [en ligne]. 2014 [consulté le 12/10/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/lap\\_crohn\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/lap_crohn_web.pdf)

54. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Maladie d'Alzheimer et autres démences [en ligne]. 2012 [consulté le 06/07/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap\\_alzheimer\\_finale\\_web\\_juin2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf)

55. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Maladie coronarienne stable [en ligne]. 2014 [consulté le 08/06/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_maladie\\_coronarienne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_maladie_coronarienne.pdf)

56. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : L'accident vasculaire cérébral [en ligne]. 2012 [consulté le 22/12/2014]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042-traceur\\_liste-adl-avc.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042-traceur_liste-adl-avc.pdf)

57. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques - Syndromes myélodysplasiques [en ligne]. 2013 [consulté le 05/01/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_syndrome\\_myelo\\_version\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_syndrome_myelo_version_web.pdf)

58. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive [en ligne]. 2014 [consulté le 22/06/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bpco\\_sans\\_lap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bpco_sans_lap.pdf)

59. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Insuffisance respiratoire chronique grave - Asthme persistant sévère [en ligne]. 2014 [consulté le 22/06/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_irc\\_asthme\\_actualisee\\_ald\\_14\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_irc_asthme_actualisee_ald_14_web.pdf)

60. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Insuffisance cardiaque systolique [en ligne]. 2012 [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_insuf\\_card\\_systolique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_insuf_card_systolique.pdf)

61. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée [en ligne]. 2012 [consulté le 02/03/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_insuf\\_cardaique\\_diastolique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_insuf_cardaique_diastolique.pdf)

62. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Infection par le virus de l'immunodéficience acquise et grossesse [en ligne]. 2011 [consulté le 27/04/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_vih\\_finalweb.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_vih_finalweb.pdf)

63. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Hépatite chronique C [en ligne]. 2013 [consulté le 13/04/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald\\_6\\_vhc\\_\\_actualisation\\_dec\\_2007\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_6_vhc__actualisation_dec_2007_.pdf)

64. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Hépatite chronique B [en ligne]. 2013 [consulté le 13/04/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald\\_6\\_final\\_juillet\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald_6_final_juillet_2007.pdf)
65. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Hémochromatose liée au gène HFE (type 1) [en ligne]. 2012 [consulté le 03/08/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald17\\_lap\\_hemochromatose\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald17_lap_hemochromatose_web.pdf)
66. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Fibrillation atriale [en ligne]. 2014 [consulté le 16/02/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_5\\_fibrillation\\_auriculaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_5_fibrillation_auriculaire.pdf)
67. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Épilepsies graves [en ligne]. 2014 [consulté le 25/05/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald9\\_epilepsie\\_juillet\\_07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald9_epilepsie_juillet_07.pdf)
68. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Diabètes de type 1 et de type 2 [en ligne]. 2014 [consulté le 11/05/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_diab\\_actualis\\_\\_3\\_juillet\\_07\\_2007\\_07\\_13\\_\\_11\\_43\\_37\\_65.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis__3_juillet_07_2007_07_13__11_43_37_65.pdf)
69. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Cirrhoses alcooliques [en ligne]. 2014 [consulté le 30/03/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-11/lap\\_ald\\_6\\_cirrhoses\\_final.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-11/lap_ald_6_cirrhoses_final.pdf)
70. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Cardiopathies valvulaires et congénitales graves chez l'adulte [en ligne]. 2012 [consulté le 16/03/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/lap\\_ald5\\_valvulopathies.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/lap_ald5_valvulopathies.pdf)



71. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Bilharziose (schistosomose) compliquée [en ligne]. 2013 [consulté le 02/02/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bilharziose\\_final\\_lap\\_janvier\\_2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bilharziose_final_lap_janvier_2008.pdf)
72. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations – Affection de longue durée : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs [en ligne]. 2014 [consulté le 19/01/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_actes\\_presta\\_aomi\\_ald3.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_actes_presta_aomi_ald3.pdf)
73. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [en ligne]. 2012 [consulté le 28/09/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/lap\\_ald23\\_troubles\\_depressifs\\_webavril2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/lap_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf)
74. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles bipolaires [en ligne]. 2014 [consulté le 28/09/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald\\_23\\_\\_lap\\_troubles\\_bipolaires\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23__lap_troubles_bipolaires_web.pdf)
75. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves [en ligne]. 2013 [consulté le 28/09/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_troubles\\_anxieux.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf)
76. HAS (Haute Autorité de Santé). Actes et Prestations. Affections psychiatriques de longue durée – Schizophrénies [en ligne]. 2012 [consulté le 28/09/2015]. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald23\\_schizophr\\_juin\\_07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf)
77. HAYEM G. Polyarthrite rhumatoïde. La Revue du Praticien, Vol. 52 : p. 2037-2048, 2002.
78. HIRSCH E, VALENTI M-P, RYVLIN P. Épilepsie de l'enfant et de l'adulte. La Revue du Praticien, Vol. 54 : p. 1259-1267, 2004.

79. LAFFONT C. Introduction à la pharmacocinétique [en ligne]. 2011 [consulté le 01/09/2014]. Disponible à partir de : <http://physiologie.envt.fr/spip/spip.php?article117>
80. LEGENDRE C. Transplantation rénale chez l'adulte. La Revue du Praticien, Vol. 62 : p. 65-71, 2012.
81. LOUIS M. Gestion et utilisation des anti-inflammatoires en odontologie [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. Nancy : Université Henri Poincaré – Nancy 1 ; 2010. 101 p. Disponible à partir de : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA\\_TD\\_2010\\_LOUIS\\_MATHIEU.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2010_LOUIS_MATHIEU.pdf)
82. MADRID C, COURTOIS B, VIRONNEAU M. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Médecine Buccale Chirurgie Buccale, Vol. 9 n°2 : p. 65-94, 2003.
83. MOUNIER-VEHIER C. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Le Concours Médical, Vol. 129 n°35-36 : p. 1233-1235, 2007.
84. MUSTER D. Antiseptiques en chirurgie dentaire et stomatologie. Dans : EMC – Médecine Buccale, 2008 : 1-10 [Article 28-190-P-10].
85. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels [en ligne]. 2011 [consulté le 30/06/2014]. Disponible à partir de : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97642/1/a95968\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97642/1/a95968_fre.pdf)
86. PERROUIN-VERBE B, ALBERT T, LAFFONT I, MORIN A. Lésions médullaires intracanalaires (paraplégie). Le Concours Médical, Vol. 130 n°2 : p.73-74, 2008.
87. RICHARD-LENOBLE D, HAI DUONG T. Bilharzioses ou schistosomoses. La Revue du Praticien, Vol. 57 : p. 149-155, 2007.
88. ROCHE N., HUCHON G. Traitement de la BPCO. La Revue du Praticien, Vol. 61 : p. 775-780, 2011.
89. ROY E, KIMAKHE S. Médicaments psychotropes : ce qu'il faut savoir. Réalités Cliniques, Vol. 15 n°4 : p. 325-336, 2004.

90. SERVANT D. Stratégie médicamenteuse dans les troubles anxieux. La Revue du Praticien, Vol. 60 : p. 807-811, 2010.
91. SFCO (Société Francophone de Chirurgie Orale). Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaire [en ligne]. 2015 [consulté le 27/12/2015]. Disponible à partir de :  
[http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations\\_foyers\\_infectieux\\_1.pdf](http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_foyers_infectieux_1.pdf)
92. SFMBCB (Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale). Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. Médecine Buccale Chirurgie Buccale, Vol. 12 n°4 : p. 188-212, 2006.
93. SFMBCB (Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale). Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. Médecine Buccale Chirurgie Buccale, Vol. 14 n°3 : p. 130-159, 2008.
94. SIMON AL, ILHARREBORDE B. Dépistage et surveillance d'une scoliose idiopathique. La Revue du Praticien, Vol. 65 : p. 1155-1158, 2015.
95. SOLARY É, FONTENAY M. Les syndromes myélodysplasiques. La Revue du Praticien, Vol. 60 : p. 1408-1412, 2010.
96. TALBERT M, WILLOQUET G, GERVAIS R. Le guide pharmaco-clinique. Rueil-Malmaison : Le moniteur des Pharmacies, 2011.
97. THOMAS P. Traitement médicamenteux de la schizophrénie. La Revue du Praticien, Vol. 63 : p. 349-353, 2013.
98. TIMOUR Q. Odonto-pharmacologie clinique : thérapeutique et urgence médicale en pratique quotidienne. Rueil-Malmaison : CdP, 1999.
99. VUITTON L, PEYRIN-BIROULET L. Nouveaux objectifs thérapeutiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. La Revue du Praticien, Vol. 64 : p. 1232-1236, 2014.

100. WILK, KAHN. Pathologies des glandes salivaires [en ligne]. 2008 [consulté le 30/11/2014]. Disponible à partir de :

[http://www.stmi.org.tn/docs/XI%20Congres/html/pathologie\\_non\\_tumorale\\_des\\_glandes\\_salivaires.htm](http://www.stmi.org.tn/docs/XI%20Congres/html/pathologie_non_tumorale_des_glandes_salivaires.htm)

101. WOIMANT F. Accidents vasculaires cérébraux. La Revue Praticien, Vol. 52 : p. 1829-1842, 2002.

**SARZACQ Marie – Affections Longue Durée et médecine bucco-dentaire : aspects pharmacologiques.**

Nancy : 2016 – 254 pages – 25 figure - 97 tableaux

Thèse : Chir.-Dent. : Nancy : 2016

**Mots clés :** ALD – interaction médicamenteuse – risque hémorragique – antibioprophylaxie

**Résumé :** SARZACQ Marie – Affections Longue Durée et médecine bucco-dentaire : aspects pharmacologiques.

Thèse : Chir.-Dent. : Nancy : 2016

Ce travail facilite la prise en charge des patients polymédiqués, notamment ceux souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD).

Chaque ALD (hors maladies rares) est présentée sous la forme d'une fiche de synthèse, comportant :

- quelques généralités concernant la pathologie,
- les traitements pharmacologiques (basés sur les guides établis par la Haute Autorité de Santé) de ces patients,
- les risques hémorragique, anesthésique et infectieux à prendre en compte dans nos actes,
- les interactions médicamenteuses à retenir lors de l'établissement de nos prescriptions.

**Examineurs de la thèse :**

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. K. YASUKAWA</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Juge</u>
<u>Dr. F. CAMELOT</u>	<u>Assistant</u>	<u>Juge</u>
Dr. A-S. VAILLANT	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. A. FANGET	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invitée

**Adresse de l'auteur :**

SARZACQ Marie  
57 A Avenue Foch  
54000 NANCY



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



**Faculté  
d'Odontologie**

Jury : Président : J-M. MARTRETTE – Professeur des Universités  
Juges : J. SCHOUVER – Maître de Conférence des Universités  
K. YASUKAWA – Maître de Conférence des Universités  
F. CAMELOT – Assistant Hospitalo-Universitaire  
A. FANGET – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle SARZACQ Marie**

né(e) à: **METZ (Moselle)**

le **24 mai 1990**

et ayant pour titre : « **Affections longue durée et médecine bucco-dentaire : aspects pharmacologiques** ».

Le Président du jury

**J.M. MARTRETTE**

Le Doyen,  
de la Faculté d'Odontologie

**J.M. MARTRETTE**

Autorise à soutenir et imprimer la thèse **9065**

NANCY, le **- 4 FEV. 2016**

Le Président de l'Université de Lorraine

**P. MUTZENHARDT**

