

ÉVALUER LA BALANCE BÉNÉFICE/RISQUE DANS LA PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES EN CHIRURGIE DENTAIRE

La notion de balance bénéfice/risque est cruciale lors de toute prescription médicamenteuse et particulièrement lorsqu'il s'agit de prescrire des antibiotiques. La prescription d'antibiotiques implique une évaluation approfondie des avantages attendus pour prévenir ou traiter une infection bactérienne (bénéfices) par rapport aux possibles conséquences négatives (risques) tant à l'échelle individuelle que collective.

AUTEURS

Julie GUILLET

MCU-PH, Université de Lorraine, Faculté d'odontologie, Département de chirurgie orale ; CHRU Nancy, Service d'odontologie

Alexandre BAUDET

MCU-PH, Université de Lorraine, Faculté d'odontologie, Département de santé publique ; CHRU Nancy, Service d'odontologie

Kazutoyo YASUKAWA

MCU-PH, Université de Lorraine, Faculté d'odontologie, Département de biologie orale ; CHRU Nancy, Service d'odontologie

Les antibiotiques sont des médicaments d'origine naturelle, semi-synthétique ou de synthèse qui agissent soit en empêchant la multiplication des bactéries (action bactériostatique), soit en les tuant (action bactéricide). Ils sont dits à large spectre s'ils éliminent une grande variété de bactéries ou à spectre étroit s'ils détruisent un groupe ou un type spécifique de bactéries. Ils sont très utiles en odontologie pour traiter et prévenir certaines infections bactériennes et indispensables en médecine pour soigner certaines maladies infectieuses. Ils ne doivent toutefois pas être utilisés à tort ni considérés comme des médicaments qui soignent tout, car le recours à ces traitements peut aussi avoir des conséquences néfastes.

BÉNÉFICES POTENTIELS : QUAND PRESCRIRE ?

Traitement des infections bactériennes : antibiothérapie curative

La prise d'antibiotiques peut, en présence d'une infection bactérienne,

accélérer la guérison et/ou limiter la survenue de complications pouvant parfois engager le pronostic vital. En odontologie, elle permet notamment de diminuer la gravité des complications locales ou loco-régionales lorsqu'elles surviennent, en empêchant la diffusion des infections dans les tissus mous de la face et du cou aboutissant à des cellulites.

La prescription d'antibiotiques à visée curative en odontologie est réservée à des situations peu fréquentes. Elle doit la plupart du temps s'accompagner d'un geste technique pour soulager le patient et traiter l'étiologie infectieuse. La prescription doit par ailleurs respecter les recommandations en vigueur, actuellement celles éditées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) en 2011 [1] et celles éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2024 pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse [2]. Les lésions carieuses, les nécroses pulpaire, les atteintes parodontales ou encore les traumatismes dentaires sont susceptibles d'aboutir à des accidents infectieux, à partir de micro-organismes constituant le biofilm dentaire

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Référencement bibliographique

Guillet J, Baudet A, Yasukawa K. Évaluer la balance bénéfice/risque dans la prescription des antibiotiques en chirurgie dentaire. *Clinic* 2025;46(451):XX-XX.

et gingival. Ces situations ne nécessitent initialement pas d'antibiothérapie, mais, en cas de complications, elles pourront conduire à la prescription d'antibiotiques à visée curative, en plus du geste étiologique visant à éliminer la cause de l'infection. Les actes chirurgicaux (avulsions, débridements, incisions, drainage...) et les thérapeutiques endodontiques doivent intervenir en amont du traitement antibiotique, dans la mesure du possible. Quoi qu'il en soit, une infection bactérienne doit être traitée le plus rapidement possible afin d'éviter la survenue de complications locales ou systémiques [3].

Les quelques situations odontologiques qui nécessitent une prescription antibiotique sont présentées dans l'**encadré « Infections dentaires et parodontales... »**. Il est aussi possible d'être confronté à des infections bactériennes non odontogènes qui nécessitent d'être traitées par antibiothérapie : des infections de la muqueuse orale ou des infections des glandes salivaires (parotidites et autres sialadénites bactériennes) notamment [4, 5].

Dans la plupart de ces situations, l'amoxicilline est la molécule de choix. Il s'agit d'un antibiotique à large spectre

qui se prescrit à la dose de 2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises (ou 50 à 100 mg/kg/jour en 2 prises chez l'enfant) pendant 7 jours. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, c'est la clindamycine à la dose de 900 à 1200 mg/jour en 2 à 3 prises (ou 25 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises chez l'enfant) pendant 7 jours qui est recommandée [1]. Il existe quelques exceptions à l'utilisation de l'amoxicilline seule en première intention, notamment la prescription de métronidazole en cas de maladie parodontale nécrosante [1], la prescription de l'association amoxicilline-métronidazole chez les jeunes adultes atteints d'une parodontite de forme sévère (stade III/IV) à progression rapide (grade C) généralisée en complément du débridement mécanique [6, 7], ou encore la prescription de l'association amoxicilline-acide clavulanique pour le traitement des infections sinusiennes aiguës d'origine dentaire [1].

Prévention des infections bactériennes: antibioprophylaxie

Tout acte invasif au niveau de la sphère orale est susceptible de générer une bactériémie, pouvant occasionner une infection du site opératoire ou avoir des conséquences à distance. Bien entendu, la prescription d'antibiotiques ne se substitue pas à une bonne hygiène orale ni aux règles d'hygiène, d'asepsie et de prévention des infections

associées aux soins (bain de bouche antiseptique avant les actes, désinfection des surfaces, stérilisation des dispositifs médicaux...) [1, 2].

Une antibioprophylaxie est recommandée pour certains actes invasifs présentés dans l'**encadré 2 « Actes invasifs indiquant le recours à une antibioprophylaxie... »**, y compris chez les patients appartenant à la population générale, c'est-à-dire sans facteurs de risque particuliers. Une récente revue de littérature a évalué l'efficacité de l'antibioprophylaxie avant des soins dentaires invasifs, concluant à une réduction significative de la bactériémie grâce à l'administration d'antibiotiques en prophylaxie une heure avant le geste. Parmi les différents antibiotiques recommandés en odontologie, cette étude montre que l'amoxicilline est l'antibiotique le plus efficace sur la réduction de la bactériémie [8].

Certains patients, en raison de leurs antécédents médico-chirurgicaux ou de leurs traitements, sont considérés comme immunodéficients. Les indications de recours à l'antibioprophylaxie lors de leur prise en charge pour des actes bucco-dentaires sont plus nombreuses que dans la population générale. En effet, tous les actes invasifs nécessitent l'administration d'une antibioprophylaxie préopératoire en dose unique chez ces patients. Seuls les actes de prévention (hors détartrage),

INFECTIONS DENTAIRES ET PARODONTALES INDIQUANT LE RECOURS AUX ANTIBIOTIQUES [1, 5, 7, 19]

- Cellulites
- Péricoronarites suppurées
- Sinusites d'origine dentaire
- Infection orale accompagnée de signes généraux (hyperthermie, trismus ou adénopathies cervicales)
- Maladies parodontales nécrosantes
- Parodontite de formes sévères (stade III/IV) à progression rapide (grade C) du jeune adulte
- Alvéolites suppurées
- Ostéites

ACTES INVASIFS INDIQUANT LE RECOURS À UNE ANTIPIOPROPHYLAXIE CHEZ LES PATIENTS SAINS IMMUNOCOMPÉTENTS ET N'ÉTANT PAS À HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE [1]

- Avulsions de dents incluses ou en désinclusion et germectomies
- Dégagements pré-orthodontiques de dents incluses ou enclavées
- Auto-transplantations
- Chirurgies pré-implantaires : greffes osseuses en onlay, élévation du plancher sinusien (avec ou sans apport de matériau de comblement), utilisation de membranes de régénération osseuse et de matériaux de comblement osseux

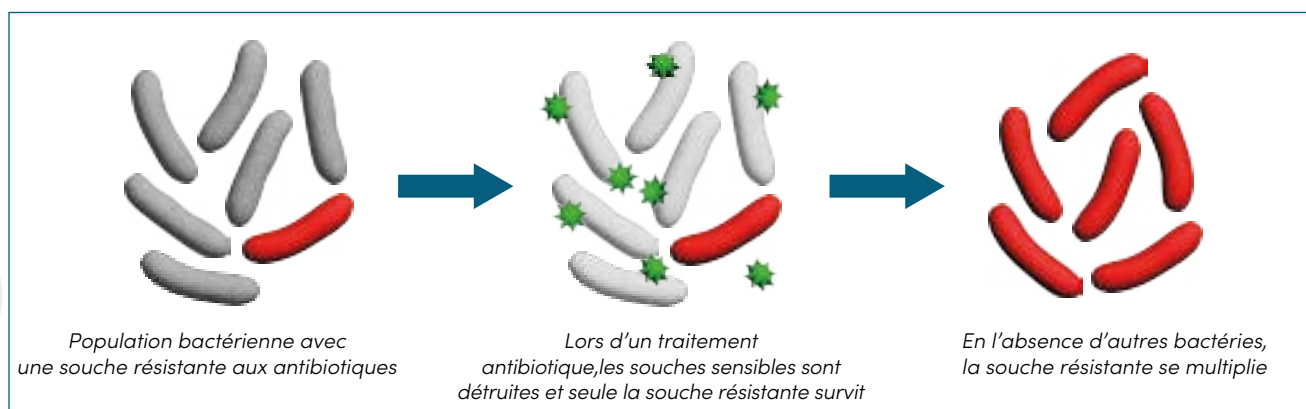


Figure 1

L'usage d'antibiotiques exerce une pression de sélection qui permet la prolifération de bactéries résistantes. Plus la durée du traitement antibiotique est longue, plus la pression de sélection est importante.

les soins conservateurs, les actes prothétiques non sanglants, la pose de la digue, l'anesthésie locale, la dépose de fils de suture, la pose et l'ajustement d'appareils orthodontiques ou encore la prise de clichés radiographiques ne nécessitent pas l'instauration d'une antibioprophylaxie.

Dans la plupart des cas, l'antibioprophylaxie se résume à une prise unique d'antibiotiques et précède le geste opératoire (amoxicilline 2 g dans l'heure qui précède l'intervention). Elle comprend

également les antibiotiques administrés en péri-opératoire d'une intervention, en dehors de tout épisode infectieux. Par exemple, la prévention de l'infection sinusienne postopératoire lors de la survenue d'une communication bucco-sinusienne au cours d'une avulsion dentaire nécessite la couverture du temps de cicatrisation muqueuse, c'est-à-dire 5 à 7 jours [9]. Il en va de même lorsqu'un patient diabétique non équilibré doit subir une avulsion dentaire, puisque la prophylaxie antibiotique dure alors le

temps d'acquérir l'épithélialisation de l'alvéole. La réévaluation de la situation est importante, afin de stopper le traitement si la cicatrisation est acquise, ou au contraire de le prolonger en cas de retard de cicatrisation [10].

Ces indications et modalités de prescription de l'antibioprophylaxie sont susceptibles d'évoluer dans les futures recommandations de la HAS qui paraîtront en 2026.

Enfin, seuls les patients présentant un haut risque d'endocardite infectieuse (EI) (**encadré « Antécédents cardiaques induisant un haut risque d'endocardite infectieuse... »**) doivent impérativement se voir prescrire une antibioprophylaxie avant tout acte bucco-dentaire invasif (c'est-à-dire à risque de bactériémie) autorisé. Ils devront également réaliser un bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 % ou 0,20 %) pendant une minute avant le geste [2]. L'efficacité de l'antibioprophylaxie a été démontrée en population chez les patients à haut risque d'EI au Royaume-Uni : en 2008, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) avait supprimé de ses recommandations l'indication d'antibioprophylaxie avant les gestes invasifs (dentaires et non dentaires). Une augmentation de l'incidence de l'EI a

ANTÉCÉDENTS CARDIAQUES INDUISANT UN HAUT RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE SELON LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE LA HAS EN 2024 [2]

- Antécédent d'endocardite infectieuse
- Patient porteur de prothèses valvulaires ou d'un matériel prothétique utilisé pour la réparation valvulaire cardiaque et que ces prothèses ou matériels prothétiques soient implantés par voie chirurgicale ou per/transcutanée (TAVI, clip valvulaire...)
- Patient ayant une cardiopathie congénitale et répondant à l'un des critères ci-dessous :
 - cardiopathie congénitale complexe cyanogène (ventricule unique, syndrome d'Eisenmenger...);
 - cardiopathie congénitale complexe traitée à l'aide de matériel prothétique (anastomose systémico-pulmonaire, tube prothétique ou autre prothèse), placé chirurgicalement ou par méthode transcutanée, jusqu'à 6 mois après l'intervention de réparation ou à vie s'il subsiste un shunt résiduel.
- Patients porteurs de pompe d'assistance ventriculaire

été observée dans les années qui ont suivi, conduisant le NICE à réintroduire en 2015 l'antibioprophylaxie avant les gestes invasifs chez les patients à haut risque d'EI [11]. Concernant les patients présentant un risque intermédiaire de survenue d'EI (**encadré « Antécédents cardiaques induisant un risque intermédiaire d'endocardite infectieuse... »**), il est seulement recommandé une antiseptie préopératoire en bain de bouche pendant une minute avant tout geste bucco-dentaire (invasif ou non) à la chlorhexidine à 0,12 ou 0,20 %. Pour plus de détails concernant les recommandations de la HAS (2024) pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse [2], le lecteur pourra se référer à l'article de ce même numéro : « Patient à risque d'endocardite infectieuse : savoir adapter sa prise en charge ».

RISQUES POTENTIELS : POURQUOI NE PAS PRESCRIRE ?

La prescription d'antibiotiques en chirurgie dentaire est une pratique courante pour prévenir ou traiter les infections bactériennes associées aux interventions dentaires. Cependant, cette pratique comporte des risques potentiels qui nécessitent une attention particulière de la part des professionnels de santé. Parmi ces risques, on peut citer la résistance aux antibiotiques, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses et l'impact sur l'environnement.

Résistance aux antibiotiques

L'un des risques les plus préoccupants associés à la prescription d'antibiotiques est le développement de la résistance aux antibiotiques ou antibiorésistance. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), « [c']est la capacité d'une bactérie à développer des mécanismes de défense qui lui permettent

ANTÉCÉDENTS CARDIAQUES INDUISANT UN RISQUE INTERMÉDIAIRE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE SELON LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE LA HAS EN 2024 [2]

- Patient porteur d'une anomalie morphologique et/ou d'une dysfonction (fuite/insuffisance/régurgitation/rétrécissement) d'une ou de plusieurs des 4 valves cardiaques (aortique, mitrale, pulmonaire, tricuspide)
- Patient atteint de cardiomyopathie hypertrophique obstructive
- Patient atteint de cardiopathies congénitales non classées à haut risque
- Patient porteur de dispositifs de stimulation avec sonde intracardiaque

d'échapper à l'action de ces médicaments. L'acquisition de mécanismes de résistance par les bactéries s'est accélérée au fil du temps par l'utilisation massive, répétée et inappropriée d'antibiotiques » [12].

Trois mécanismes bactériens principaux de résistance sont décrits :

- limitation de l'accumulation d'antibiotiques dans leurs cellules ;
- modification de la cible des antibiotiques ;
- inactivation enzymatique.

Cette résistance peut être soit innée (ou naturelle), soit acquise après exposition à un antibiotique. Le développement de la résistance peut se produire par des mutations génétiques ou par le transfert direct de gènes de résistance. La combinaison de la pression de sélection due aux antibiotiques (**figure 1**), les transferts de gènes de résistance entre bactéries et la dissémination des bactéries résistantes entre les individus sont ensuite responsables de la propagation des bactéries résistantes. En odontologie, le phénomène d'antibiorésistance est accéléré par une utilisation excessive et inappropriée des antibiotiques, avec des prescriptions ne respectant pas les recommandations (indications, posologies, durées de traitement) et le non-respect par les patients des traitements prescrits [13].

Effets secondaires

La prise de médicaments, et notamment d'antibiotiques, comporte un

risque de survenue d'effets indésirables chez les patients. La base de données publique des médicaments du ministère de la Santé définit un effet indésirable comme « une réaction nocive et non voulue à un médicament utilisé. » De plus, « un effet indésirable inattendu (appelé aussi effet secondaire) est un effet indésirable dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit ». Les effets secondaires des antibiotiques peuvent varier en gravité, allant de réactions allergiques légères à des effets plus graves tels que les infections à *Clostridioides difficile*. Le **tableau 1** [14] présente de manière non exhaustive les principaux effets indésirables des antibiotiques utilisés en médecine bucco-dentaire, classés par fréquence : très fréquents ($\geq 1/10$), fréquents ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) et peu fréquents ($\geq 1/1000$ à $< 1/100$). Dans ce tableau, les effets indésirables rares ($\geq 1/10000$ à $< 1/1000$), très rares ($< 1/10000$) ainsi que ceux dont la fréquence est indéterminée (ne pouvant être estimée à partir des données disponibles) ne sont donc pas mentionnés.

Interactions médicamenteuses

Un autre aspect à considérer lors d'une prescription d'antibiotiques est le risque d'interactions médicamenteuses avec d'autres médicaments que le patient pourrait prendre (**tableau 2**).

Tableau 1 Liste non exhaustive des effets indésirables (très fréquents ($\geq 1/10$), fréquents ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) et peu fréquents ($\geq 1/1\,000$ à $< 1/100$)) des principaux antibiotiques utilisés en médecine bucco-dentaire selon [14]

Antibiotique	Fréquence des effets indésirables		
DCI	Très fréquent	Fréquent	Peu fréquent
Amoxicilline		Diarrhées et nausées Éruption cutanée	Vomissements Urticaire et prurit
Amoxicilline/acide clavulanique : 8/1	Diarrhée	Candidose cutanéomuqueuse Nausée Vomissements Élévations des taux d'ASAT et/ou d'ALAT	Éruption cutanée Prurit Urticaire
Azithromycine	Diarrhée	Céphalée Vomissements Douleur abdominale Nausées	Candidose Infection vaginale Sensation vertigineuse Somnolence Constipation
Clarithromycine		Dysgueusie, céphalées Diarrhée Vomissements Dyspepsie Nausées Douleurs abdominales Anomalies des tests fonctionnels hépatiques	Candidose Infection vaginale Leucopénie Neutropénie Vertige Acouphènes
Clindamycine		Colite pseudo-membraneuse Diarrhées Douleurs abdominales Anomalies des tests fonctionnels hépatiques	Vomissements Nausées Éruption maculopapuleuse Urticaire
Spiramycine	Paresthésies occasionnelles et transitoires	Douleur abdominale Nausées Vomissements Gastralgies Diarrhée Colites pseudo-membraneuses Éruptions cutanées Dysgueusie transitoire	
Métronidazole*		Surinfections à <i>Candida</i> (par exemple infections génitales) ; brûlure/inconfort urinaire, dysurie, cystite, polyurie, incontinence	
	Affections gastro-intestinales : <ul style="list-style-type: none"> dysgueusie, glossite et stomatite, langue velue, nausées, vomissements, troubles gastro-intestinaux, tels que douleurs abdominales et diarrhée dysphagie (due aux effets du métronidazole sur le système nerveux central) 		

*S'agissant du métronidazole, les fréquences des effets indésirables ne sont pas systématiquement ou clairement mentionnées dans les résumés des caractéristiques du produit (RCP) le contenant. Les informations présentées ici sont principalement basées sur la fiche suivante : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60416081&typedoc=R>.

Tableau 2 Liste des interactions médicamenteuses par principaux antibiotiques prescrits en médecine bucco-dentaire selon le référentiel national des interactions médicamenteuses du 15/9/2023 selon [15]

Antibiotique	Interactions médicamenteuses			
DCI	Contre-indication	Association déconseillée	Précaution d'emploi	A prendre en compte
Amoxicilline		Méthotrexate		Allopurinol Mycophénolate mofetil
Amoxicilline/acide clavulanique : 8/1		Méthotrexate		Allopurinol Mycophénolate mofetil.
Azithromycine	Colchicine Dihydroergotamine Ergotamine	Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques	Atorvastatine Ciclosporine Ivabradine Simvastatine Substances susceptibles de donner des torsades de pointes	
Clarithromycine	Colchicine Dihydroergotamine Ergotamine	Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques Fidaxomicine Immunosuppresseurs	Atazanavir Atorvastatine Carbamazépine Inhibiteurs de protéases boostés par ritonavir Pravastatine Répaglinide Rifabutine Rifampicine Substances susceptibles de donner des torsades de pointes Sulfamides hypoglycémiants Talazoparib	Etravirine Linézolide Théophylline et, par extension, l'aminophylline Venlafaxine
Clindamycine			Curares Antivitamines K Ciclosporine Tacrolimus	
Spiramycine	Torsadogènes (sauf arsénieux, antiparasitaires, neuroleptiques, méthadone...)	Antiparasitaires susceptibles de donner des torsades de pointes Crizotinib Délamanid Hydroxychloroquine Méthadone Neuroleptiques susceptibles de donner des torsades de pointes Sulfaméthoxazole + triméthoprim	Lévodopa Anagrélide Arsénieux Azithromycine Bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque Bradycardisants Ciprofloxacine Clarithromycine Glasdégib Hypokaliémiants Lévofloxacine Médicaments à l'origine d'un hypogonadisme masculin Norfloxacine Ondansetron Roxithromycine	
Métronidazole		Busulfan Disulfirame Alcool (boisson ou excipient) Antabuse (réaction)	Inducteurs enzymatiques puissants Lithium Rifampicine	Fluorouracile (et, par extrapolation, autres fluoropyrimidines)

Tableau 3 Les différents niveaux d'une interaction médicamenteuse (selon [14])

Contre-indication	Revêt un caractère absolu Ne doit pas être transgressée
Association déconseillée	Doit être le plus souvent évitée, sauf après examen approfondi du rapport bénéfice/risque Impose une surveillance étroite du patient
Précaution d'emploi	Cas le plus fréquent L'association est possible dès lors que sont respectées, notamment en début de traitement
À prendre en compte	Le risque d'interaction médicamenteuse existe Correspond le plus souvent à une addition d'effets indésirables Aucune recommandation pratique ne peut être proposée Il revient au médecin d'évaluer l'opportunité de l'association

Cela est susceptible de provoquer ou majorer des effets indésirables, ou d'entraîner, par réduction de l'activité, une moindre efficacité des traitements (*encadré « Déclaration des effets indésirables suspectés »*).

L'ANSM identifie quatre niveaux de contraintes (*tableau 3*) : contre-indication, association déconseillée, précaution d'emploi et à prendre en compte [15].

L'ANSM met sur son site, à la disposition des professionnels de santé, l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées regroupées dans un Thesaurus et mis à jour annuellement [15]. Par exemple, l'association de l'amoxicilline avec le méthotrexate entraîne

une potentialisation des effets et de la toxicité hématologique de ce dernier en raison de l'inhibition de sa sécrétion tubulaire rénale par les pénicillines. Ce risque est identifié par l'ANSM comme « association déconseillée ».

Impact sur l'environnement

Enfin, le recours aux antibiotiques peut avoir un impact sur l'environnement car ils constituent un groupe important de contaminants émergents. Ainsi des études ont montré qu'ils étaient couramment détectés dans le sol et les environnements aquatiques avec un impact sur les différents écosystèmes ainsi que sur la santé humaine à long terme [16, 17].

Par exemple, l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux, les villes et les exploitations agricoles (élevage, aquaculture et cultures) rejettent des charges croissantes de déchets et autres polluants dues à l'utilisation massive d'antibiotiques, entraînant une pression de sélection sur les bactéries environnementales. Des bactéries antibiorésistantes ou des gènes de résistance aux antibiotiques peuvent également être rejetés dans l'environnement naturel [17]. Par conséquent, l'exposition des animaux et des humains à des bactéries résistantes, y compris des pathogènes, augmente.

ÉVALUATION INDIVIDUELLE DU PATIENT : BIEN PRESCRIRE

Comparativement à d'autres disciplines médicales et/ou chirurgicales, les chirurgiens-dentistes ont recours à une antibiothérapie majoritairement probabiliste. Les antibiotiques les plus utilisés dans notre sphère sont les bêta-lactamines, les macrolides, les lincosamides, les nitro-imidazolés et les tétracyclines [1, 3]. De nombreux praticiens pensent, à tort, que la prescription d'antibiotiques est sans conséquences à l'échelle individuelle. Pourtant, toutes les molécules antibiotiques peuvent avoir des effets indésirables de toxicité d'organe ou déclencher des réactions d'hypersensibilité, de même que toute prescription antibiotique aura un effet

DÉCLARATION DES EFFETS INDÉSIRABLES SUSPECTÉS [14]

Pourquoi déclarer les effets indésirables des médicaments ?

- La déclaration des effets indésirables suspectés après l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament est un geste essentiel pour la sécurité des patients.
- Elle permet aux autorités de santé de surveiller en permanence le rapport bénéfice/risque des médicaments utilisés.
- Chaque déclaration compte pour améliorer la sécurité des traitements.

Comment déclarer ?

- Tout professionnel de santé peut signaler un effet indésirable suspecté en utilisant le système national de déclaration, accessible en ligne.
- Les signalements sont recueillis par : l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et le réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance.

Accès au portail de déclaration

- <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

sur l'écologie des flores commensales. En cas de doute sur l'utilité d'une prescription antibiotique, il est préférable de réévaluer la situation à 48 heures [18]. En effet, en l'absence de signes de gravité ou de terrain à risque, l'instauration de l'antibiothérapie ne revêt aucun caractère d'urgence.

Pour bien prescrire, le praticien doit d'abord être sûr de son diagnostic et ne prescrire un antibiotique que s'il est certain de son utilité. Compte tenu des conséquences de la prise d'antibiotiques systémiques, l'évaluation de la balance bénéfice/risque doit se faire de façon scrupuleuse.

Puisqu'il s'agira d'une antibiothérapie probabiliste, la molécule choisie doit avoir le spectre le plus réduit eu égard aux bactéries potentiellement responsables de l'infection. Elle ne doit donc pas, en général, associer deux molécules en première intention. Par ailleurs, l'interrogatoire médical doit en premier lieu vérifier l'absence d'allergies

connues à des médicaments ou à certains excipients. Dans le cas où le patient a déjà été confronté à la molécule qu'il souhaite lui prescrire, le praticien doit s'enquérir de sa tolérance. En effet, de nombreux patients ne vont pas au bout du traitement en raison des effets secondaires, de l'amendement rapide de la douleur, ou encore des contraintes de prise du médicament. Il est indispensable d'éduquer les patients et de leur prodiguer les conseils permettant le respect de la posologie et de la durée de traitement, pour éviter la récurrence de l'infection [3].

Lorsqu'une antibiothérapie curative est instaurée, son efficacité doit être évaluée au bout de 48 à 72 heures de traitement [19]. En l'absence d'amélioration de la symptomatologie et en cas de certitude d'une étiologie infectieuse, l'antibiothérapie sera adaptée avec un recours à un traitement de seconde intention de type amoxicilline-acide clavulanique ou amoxicilline-métronidazole.

CONCLUSION

Les prescriptions antibiotiques des chirurgiens-dentistes représentent actuellement plus de 13 % de l'ensemble des antibiotiques délivrés dans les pharmacies de ville, et ce pourcentage ne cesse d'augmenter.

L'antibiothérapie curative doit, dans la mesure du possible, s'accompagner d'un geste technique étiologique (immédiat ou différé) permettant de soulager plus rapidement les symptômes et d'éviter la récurrence de l'infection.

L'antibioprophylaxie répond quant à elle à des critères bien définis dans les recommandations et ne dépasse la prise unique (dans l'heure qui précède l'intervention) que dans de rares situations.

Les effets secondaires des antibiotiques sont nombreux à l'échelle individuelle, et les conséquences de l'antibiorésistance à l'échelle collective imposent une utilisation raisonnée et mesurée de ces molécules.

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. [Recommandations]. 2011.
2. Haute Autorité de Santé. Prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse. 2024. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3301328/fr/prise-en-charge-bucco-dentaire-des-patients-a-haut-risque-d-endocardite-infectieuse
3. Contaldo M, D'Ambrosio F, Ferraro GA, Di Stasio D, Di Palo MP, Serpico R, et al. Antibiotics in Dentistry: A Narrative Review of the Evidence beyond the Myth. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(11):6025.
4. Di Stasio D, Lauritano D, Minervini G, Paparella RS, Petruzzi M, Romano A, et al. Management of denture stomatitis: a narrative review. *J Biol Regul Homeost Agents* 2018;32(2 Suppl. 1):113-6.
5. Bertossi D, Barone A, Iurlaro A, Marconcini S, De Santis D, Finotti M, et al. Odontogenic Orofacial Infections. *J Craniofac Surg* 2017;28(1):197-202.
6. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020;47(S22):4-60.
7. Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale. 2024. Disponible sur : <https://www.cne-paro.fr/index.php/le-cnep/guides-et-referentiels-en-parodontologie/140-les-recommandations-sur-les-antibiotiques>

8. Lafaurie GI, Noriega LA, Torres CC, Castillo Y, Moscoso SB, Mosquera S, et al. Impact of antibiotic prophylaxis on the incidence, nature, magnitude, and duration of bacteremia associated with dental procedures. *J Am Dent Assoc* 2019;150(11):948-959.e4.
9. Lehner J, Gellée T, Levy-Bohbot A, Pomès B, Goudot P, Bertolus C. Chirurgie des communications bucco-naso-sinusiennes. EMC - Chirurgie orale et maxillo-faciale 2022;35(3):1-16 [Article 22-580-A-10].
10. Société française de chirurgie orale (SFCO). Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires [Recommandations de pratique clinique]. 2012.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures [Internet]. London; NICE; 2008. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg64/resources/prophylaxis-against-infective-endocarditis-antimicrobial-prophylaxis-against-infective-endocarditis-in-adults-and-children-undergoing-interventional-procedures-pdf-975567956677>
12. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). L'antibiorésistance [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/lantibioresistance>
13. Halawa EM, Fadel M, Al-Rabia MW, Bahairy A, Nouh NA, Abdo M, et al. Antibiotic action and resistance: updated review of mechanisms,

spread, influencing factors, and alternative approaches for combating resistance. *Front Pharmacol*. 2023;14:1305294.

14. Base de données publique des médicaments. Glossaire [Internet]. 2024 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>
15. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Thésaurus des interactions médicamenteuses [Internet]. 2024 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/thesaurus-des-interactions-medicamenteuses-1>
16. Ding F, Li Y, He T, Ou D, Huang Y, Yin G, et al. Urban agglomerations as an environmental dimension of antibiotics transmission through the « One Health » lens. *J Hazard Mater* 2024;465:133283.
17. Jampani M, Mateo-Sagasta J, Chandrasekar A, Fatta-Kassinos D, Graham DW, Gothwal R, et al. Fate and transport modelling for evaluating antibiotic resistance in aquatic environments: Current knowledge and research priorities. *J Hazard Mater* 2024;461:132527.
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Principes généraux et principes de prescription des antibiotiques en premier recours [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1723138/fr/principes-generaux-et-conseils-de-prescription-des-antibiotiques-en-premier-recours
19. Oberoi SS, Dhinra C, Sharma G, Sardana D. Antibiotics in dental practice: how justified are we. *Int Dent J* 2015;65(1):4-10.