

FAUT-IL PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE EN CAS D'ABCES DENTAIRE?

Le traitement des abcès dentaires aigus repose avant tout sur la chirurgie dentaire locale. Une antibiothérapie n'est indiquée que dans la cellulite d'origine dentaire s'accompagnant de signes généraux. Dans ce cas, une amoxicilline, ou un macrolide [n.d.l.r.: en cas de contre-indication à une pénicilline], peut être prescrit en première intention, après ou immédiatement avant l'acte dentaire, pour une durée de 3 à 5 jours.

Les abcès dentaires sont dus à la prolifération de germes aérobie et anaérobie présents dans la flore buccale, le plus souvent au départ de caries dentaires. Bien qu'on ne dispose pas d'études comparatives rigoureuses permettant de préciser la place de l'antibiothérapie dans le traitement de l'abcès dentaire, il apparaît sur base de l'évolution naturelle des abcès et de l'expérience clinique que l'antibiothérapie ne peut pas remplacer l'acte dentaire thérapeutique (conservateur ou radical). L'adjonction d'une antibiothérapie à l'acte dentaire peut être envisagée dans certains cas, en fonction du type d'abcès dentaire. Il convient en effet de distinguer les abcès dentaires aigus localisés, dans lesquels l'infection est limitée à l'organe dentaire et à son tissu de soutien, et les cellulites d'origine dentaire pouvant être à l'origine de complications.

- En cas *d'abcès dentaire aigu localisé*, un traitement chirurgical dentaire local est généralement suffisant pour autant que le drainage du pus ait pu être effectué, et une antibiothérapie n'est pas nécessaire chez les personnes par ailleurs en bonne santé. Une seule étude de petite taille, contrôlée par placebo, n'a pas montré de différence significative sur la vitesse de guérison entre le traitement dentaire seul et l'adjonction de pénicilline per os.
- En cas *de cellulite d'origine dentaire*, s'accompagnant de signes généraux (fièvre, adénopathies,...), il existe un consensus basé sur l'expérience clinique selon lequel une antibiothérapie est indiquée mais on ne dispose pas d'étude contrôlée par placebo. Bien qu'il n'y ait pas non plus d'études comparant l'efficacité d'un traitement antibiotique en fonction du moment où il est commencé (avant ou après l'acte dentaire), la prise d'antibiotiques ne sera généralement commencée qu'après le traitement dentaire ou immédiatement avant celui-ci. Les antibiotiques dont le spectre d'activité couvre les germes susceptibles d'être en cause sont: les pénicillines, les macrolides, la spiramycine, la pristinamycine [n.d.l.r.: son intérêt est toutefois limité par sa faible résorption], la clindamycine et la lincomycine, et les dérivés de l'imidazole tel le métronidazole. En l'absence d'études comparatives rigoureuses, le choix de l'antibiotique est empirique et dépend de facteurs tels le risque d'effets indésirables, l'induction de résistance bactérienne, la facilité d'utilisation, le coût... Sur base des données disponibles, la préférence doit être donnée à une monothérapie par l'amoxicilline, ou par un macrolide [n.d.l.r.:

en cas de contre-indication à une pénicilline]. Il n'est pas recommandé d'utiliser en première intention l'association amoxicilline+acide clavulanique ou la clindamycine. Un traitement de courte durée de 3 à 5 jours est généralement suffisant pour autant que le foyer dentaire ait été éradiqué. En l'absence d'amélioration clinique dans les 48 à 72 heures qui suivent l'acte dentaire, il y a lieu avant tout de suspecter la persistance d'un foyer dentaire résiduel, et d'envisager un nouveau traitement local plutôt que de remettre en question le choix de l'antibiotique.

D'après: Abscès d'origine dentaire. *La Revue Prescrire*. 21, 521-530 (2001)

Note de la rédaction

Chez les patients atteints d'une affection cardiaque à risque élevé ou intermédiaire d'endocardite, un traitement antibiotique prophylactique est recommandé en cas d'interventions comportant un risque élevé de bactériémie. Pour plus de détails concernant les recommandations en matière de prophylaxie antibiotique de l'endocardite infectieuse, voir Folia de mars 2000.

EN BREF

- Une **nouvelle réglementation européenne** (Directive 98/79/CE relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, transposé dans l'Arrêté Royal du 14 novembre 2001, publié au Moniteur belge le 12 décembre 2001) impose aux fabricants de tests de diagnostic pour **la détermination de la créatinine** au sein de l'Union Européenne de revoir l'étalonnage de la créatinine, et ce entre 2002 et 2003. D'après cette nouvelle réglementation, la créatinine doit être étalonnée par rapport à un étalon de meilleure qualité, et de nombreux fabricants passeront dès lors à un « étalon GS –MS », c'est-à-dire un étalon déterminé par chromatographie gazeuse et spectrophotométrie de masse. Il est possible que les valeurs obtenues avec cet étalon ne soient pas identiques à celles obtenues avec l'ancien étalon. Dans un certain nombre de cas, une diminution prononcée de la valeur de la créatinine sérique, et une augmentation prononcée de la valeur de la clairance de la créatinine peuvent être observées. Des changements d'environ 25 à 30% ne sont pas exceptionnels. Il convient donc de tenir compte de ce changement dans l'interprétation des valeurs obtenues pour la créatinine sérique et la clairance de la créatinine lors de l'adaptation de la posologie de certains médicaments (par ex. la digoxine, les aminosides...) chez des patients insuffisants rénaux. En cas de doute, et étant donné qu'on ne sait pas à quel moment de la période 2002-2003 le fabricant passera de l'un à l'autre, il est préférable de prendre contact avec le laboratoire clinique.