

## CHIRURGIE ORALE

POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE Porte Chézine  
Avenue Claude Bernard BP 40419 44819 SAINT-HERBLAIN Cedex  
Tél 02 40 95 82 77 Fax 02 40 95 81 70 Urgences 02 40 95 94 91 www.drguyot.fr

**Dr Michel GUYOT**

**Docteur en Chirurgie Dentaire**

*Docteur en Médecine (non inscrit)  
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes  
Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire*

*du Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires  
du CHU de Nantes*

*DU de Chirurgie et Prothèses Implantologiques (Paris V)*

*DU de Dermatologie de la Muqueuse Buccale (Paris V)*

*DU d'Expertise Maxillo-Faciale et Bucco-Dentaire (Montpellier I)*

*DU de Sédation Consciente (Clermont-Ferrand I)*

*Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Pharmacologie)*

**Spécialiste Qualifié en CHIRURGIE ORALE**

N°RPPS : 10000873371



Société Française de Chirurgie Orale

### **INFORMATION MÉDICALE CONCERNANT LES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN CAS DE RISQUE D'ENDOCARDITE (Version décembre 2017)**

La Société Européenne de Cardiologie a mis à jour en 2015 les recommandations de prévention de l'endocardite infectieuse (EI).

**Chez les patients présentant une cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse, une antibioprophylaxie est indiquée dans les cas suivants:**

- ▶ Prothèses valvulaires, y compris prothèse aortique percutanée (le TAVI) et anneau implantés par voie per cutanée, ou matériel prothétique utilisé pour une chirurgie valvulaire ;
- ▶ Antécédent d'endocardite infectieuse ;
- ▶ Cardiopathie congénitale :
  - Cardiopathie congénitale cyanogène,
  - Cardiopathie congénitale cyanogène opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée dans les 6 mois suivant la mise en place, ou plus en cas de shunt résiduel ou de fuite résiduelle.

**Cette antibioprophylaxie n'est pas recommandée dans les autres formes de pathologies valvulaires ou cardiaques et les autres cardiopathies congénitales.**

Les modalités d'antibioprophylaxie qui vous seront précisées tiennent compte de vos allergies éventuelles, des interactions avec vos traitements associés (anticoagulants), du type d'intervention et de la cicatrisation.

**Cette antibioprophylaxie est indiquée** dans toutes les interventions chirurgicales (implantaire, muco-gingivale, biopsie), les détartrages et les traitements endodontiques. **L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée** en cas d'intervention « non sanglante » comme le traitement de caries sans atteinte pulpaire, la dépose de suture, la prise de cliché radiographique, les traitements orthodontiques...

**La recherche des foyers infectieux** amènera à réaliser des **examens radiologiques** complémentaires : panoramique, bilan rétroalvéolaire long cône, tomographie volumique (Cône-Beam CT).

Les avulsions dentaires sont indiquées lorsque les dents présentent un risque infectieux ou lorsqu'un traitement de racine (réservé uniquement aux incisives, canines et prémolaires) en une seule séance et sous digue n'est pas possible. L'intervention peut s'effectuer au cabinet de ville sous anesthésie locale ou en secteur hospitalier, en fonction du caractère invasif de l'acte et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...). La pose d'implant et la chirurgie préimplantaire ne sont pas contre-indiquées mais seront discutées au cas par cas. Les antécédents d'endocardite contre-indiquent les implants.

Un avis du cardiologue pourra être demandé pour préciser votre état cardio-vasculaire et définir les modalités de l'antibioprophylaxie. **Les visites de contrôle bucco-dentaire** se font deux fois par an en cas de haut risque d'endocardite et une fois par an dans les autres cas. **Les mesures d'hygiène orale** sont les mesures les plus efficaces pour prévenir l'EI.

**Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les complications possibles de cet acte. En cas d'apparition de ces complications, il est conseillé de prendre contact avec votre chirurgien.**

*Information reçue et bien comprise.*

*Date et Signature du patient ou du représentant légal*

*Signature du praticien*

**Document à remettre daté signé au plus tard le jour de l'intervention**