

Citez cet article
comme suit :
J Can Dent Assoc
2010;76:a37_f

QUESTION 3

Quel est le meilleur traitement contre les infections odontogènes?

Contexte

Au Canada, de nombreux patients consultent chaque année le dentiste pour des infections dentaires, y compris la gingivite, la parodontite, la carie dentaire et les infections odontogènes. Ces infections varient en gravité, d'infections bénignes de la cavité buccale à de graves infections à sièges multiples qui menacent le pronostic vital. Tous les dentistes devraient être en mesure de diagnostiquer et de traiter rapidement ces types d'infections.

La plupart des infections odontogènes sont causées par plus d'une espèce de bactéries normalement présentes dans la cavité buccale. À elles seules, les bactéries anaérobies sont responsables d'environ 50 % des infections odontogènes, 44 % des infections résultent de l'effet combiné de bactéries aérobies et anaérobies et seulement 6 % sont dues uniquement à des bactéries aérobies¹. Les espèces les plus souvent

isolées dans les cas d'infections odontogènes sont les cocci Gram positif du groupe *Streptococcus milleri* et du genre *Peptostreptococcus*². Les bacilles anaérobies Gram négatif, comme *Bacteroides (Prevotella)*, jouent également un rôle important. En revanche, les cocci anaérobies Gram négatif et les bacilles anaérobies Gram positif ont peu d'effet².

L'évolution des infections odontogènes se fait en 3 étapes : inoculation, cellulite et abcès (**tableau 1**)³. Les bactéries se propagent aux cavités faciales adjacentes par extension directe à partir de la région périapicale de la dent atteinte. Le profil de propagation peut être prévu en fonction de la relation entre le point d'attache du muscle adjacent et l'apex de la dent⁴.

Le traitement des infections odontogènes inclut le diagnostic et la prise en charge du facteur étiologique et, habituellement, la prescription d'une antibiothérapie appropriée. Il est impératif de s'attaquer

Tableau 1 Caractéristiques des 3 stades de l'infection

Caractéristiques	Inoculation	Cellulite	Abcès
Durée (jours)	0-3	2-5	4-10
Malaise	Léger	Important, diffus	Léger, localisé
Palpation	Souple; consistance molle, mais élastique	Ferme; induration	Fuyant au doigt; douleur à la pression
Pus	Aucun	Aucun	Présent
Peau	Normale	Rouge	Rouge en périphérie
Gravité	Minimale	Plus élevée	Moindre
Espèces bactériennes	Aérobies	Mixtes	Anaérobies

Tableau 2 Antibiotiques souvent prescrits contre les infections odontogènes⁵

Antibiotique	Posologie habituelle - Adultes	Posologie habituelle - Enfants
Pénicilline V	600 mg toutes les 6 h	25 à 50 mg/kg/jour, en 4 doses fractionnées
Amoxicilline	500 mg toutes les 8 h	25 à 50 mg/kg/jour, en 4 doses fractionnées
Céfalexine	500 mg toutes les 6 h 2 g, 1 h avant l'intervention (prophylaxie – prothèses articulaires)	25 à 50 mg/kg/jour, en 4 doses fractionnées
Métronidazole	500 mg, 2 fois par jour	15 à 30 mg/kg/jour, en 3 doses fractionnées
Clindamycine	300 à 450 mg toutes les 6 h	10 à 30 mg/kg/jour, en 3 ou 4 doses fractionnées
Moxifloxacine	400 mg par jour	Non déterminée
Érythromycine	500 mg (enrobage entérosoluble) toutes les 8 h 333 mg (enrobage entérosoluble) toutes les 6 h 250 mg (base) toutes les 6 h	30 à 50 mg/kg/jour, en 2 à 4 doses fractionnées

immédiatement à la source d'infection. De fait, une antibiothérapie sans traitement immédiat de la source d'infection n'est pas une pratique acceptable, car ceci entraînera souvent une aggravation de l'infection. Il importe également d'optimiser l'état de santé du patient et d'évaluer son bilan hydrique et nutritionnel, car bon nombre de patients atteints d'infections odontogènes réduisent leur apport d'aliments et de liquide par la bouche, à cause d'une douleur et d'une gêne à la mastication ou à la déglutition.

La décision d'instaurer une antibiothérapie dépend du siège et de la gravité de l'infection et des autres problèmes de santé du patient. Il arrive qu'une infection bénigne de la région vestibulaire ne nécessite pas d'antibiothérapie après l'extraction de la dent atteinte. Cependant, les infections plus graves requièrent une antibiothérapie appropriée. Le clinicien doit connaître les organismes pathogènes les plus probables et prescrire l'antibiotique au spectre le plus restreint qui agira contre l'ensemble des organismes pathogènes possibles. Le **tableau 2** présente une liste des antibiotiques les plus souvent prescrits pour le traitement des infections odontogènes et leurs posologies habituelles pour les adultes et les enfants⁵. Les antibiotiques sont généralement prescrits pour une période de 7 jours ou jusqu'à 3 jours après la disparition des symptômes.

Les infections graves doivent être détectées et le patient doit être dirigé rapidement vers un spécialiste. Les signes et symptômes d'une infection grave sont les suivants : fièvre (température > 38 °C), stridor, odynophagie, évolution rapide et atteinte de sièges multiples et d'espaces anatomiques secondaires³. La présence de n'importe lequel de ces signes

ou symptômes justifie l'aiguillage vers un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale.

Antibiotiques bêta-lactamines

Pénicillines : Les pénicillines sont considérées comme le traitement de première ligne des infections odontogènes. Ces antibiotiques exercent leur effet bactéricide en inhibant la réticulation dans les parois cellulaires des bactéries. Malgré leur spectre antimicrobien relativement restreint, ces antibiotiques agissent sur la plupart des bactéries associées aux infections odontogènes. Récemment, des cas de pénicillino-résistance ont été signalés⁶. Ce phénomène résulte principalement de la formation de bêta-lactamases et, selon les données d'études *in vitro*, l'incidence de pénicillino-résistance chez les patients déjà traités par des bêta-lactamines serait élevée⁷.

Les résultats des mises en culture et antibiogrammes réalisés sur 94 patients atteints d'abcès odontogènes ont révélé que la pénicilline V a été l'antibiotique le moins efficace pour l'éradication des isolats bactériens⁷. Malgré ces données, plus de 95 % des patients traités par incision chirurgicale et drainage avec administration de pénicilline V se sont rétablis de façon satisfaisante. L'écart entre les résultats des essais *in vitro* et la réponse clinique serait dû à la sensibilité à la pénicilline des souches dominantes de bactéries pathogènes isolées des abcès.

L'amoxicilline a un spectre d'action plus large que la pénicilline V, mais n'offre pas une meilleure couverture contre les infections odontogènes. Cependant, le schéma posologique de cet antibiotique et la possibilité de le prendre en mangeant pourraient le rendre plus acceptable pour les patients et favoriser ainsi une meilleure observance thérapeutique.

Céphalosporines : Le mode d'action des céphalosporines est comparable à celui des pénicillines. Il existe 4 générations de céphalosporines et, en général, leur spectre d'action – en particulier contre les bactéries Gram négatif – augmente de la première à la quatrième génération. L'incidence signalée de réactivité croisée avec la pénicilline est d'environ 7 % à 18 %⁸; ce facteur devrait donc être pris en considération si le patient déclare une allergie à la pénicilline.

Les céphalosporines ne sont pas un traitement de première ligne contre les infections odontogènes. La céfalexine est davantage utilisée dans les cas de communication interauriculaire et comme antibio-prophylaxie chez les patients porteurs de prothèses articulaires.

Métronidazole : Le métronidazole est un antibiotique de synthèse efficace contre les bactéries anaérobies. Cet antibiotique perturbe l'ADN bactérien et inhibe ainsi la synthèse des acides nucléiques. Il offre une excellente couverture contre les bactéries anaérobies et devrait être utilisé en association avec la pénicilline.

Clindamycine : La clindamycine inhibe la synthèse des protéines bactériennes et a une action bactéricide à fortes doses. Son utilisation a augmenté au cours des dernières années, à cause des inquiétudes croissantes au sujet de la pénicillo-résistance. De fait, la clindamycine a remplacé la pénicilline comme antibiotique recommandé pour le traitement des infections odontogènes dans le *Sanford Guide to Antimicrobial Therapy*⁹.

Des bactéries pénicillino-résistantes ont été découvertes dans 19 % des souches isolées de 37 patients hospitalisés, atteints d'une infection odontogène qui avait été traitée par l'administration de pénicilline G par voie intraveineuse avec incision et drainage. Dans ces cas, le taux d'échec de la pénicilline a été de 21 %⁶ et ce taux élevé a été jugé inacceptable. Il a donc été proposé d'envisager l'administration de clindamycine pour les patients hospitalisés.

La clindamycine offre une excellente couverture contre les cocci Gram positif et les bactéries anaérobies. Cependant, s'il s'avère qu'*Eikenella* est l'organisme pathogène en cause, d'autres antibiotiques devraient être envisagés, car cette espèce présente une résistance intrinsèque à la clindamycine. La clindamycine devrait être considérée comme l'antibiotique de choix chez les patients allergiques à la pénicilline.

Fluoroquinolones : Les fluoroquinolones exercent leur effet bactéricide en inhibant l'enzyme topoisomérase, ce qui entrave le métabolisme de l'ADN bactérien. L'antibiotique à large spectre moxifloxacin

offre une excellente couverture contre les infections odontogènes. La moxifloxacin est efficace contre *Eikenella* et la plupart des souches de bactéries qui produisent des bêta-lactamases et, de tous les antibiotiques incluant la pénicilline et la clindamycine, la moxifloxacin est l'antibiotique qui offre le taux de sensibilité bactérienne le plus élevé dans les cas d'infections odontogènes⁷. Cet antibiotique devrait toutefois être considéré comme un traitement de deuxième intention après la pénicilline V, le métronidazole et la clindamycine, en raison de son large spectre d'action et de son coût élevé.

Macrolides : Le macrolide le plus utilisé en dentisterie est l'érythromycine, qui a un spectre d'action comparable à celui de la pénicilline V. Tout comme la pénicillino-résistance, la résistance à l'érythromycine est devenue une préoccupation clinique. De plus, Kuriyama et ses collègues¹⁰ ont constaté que l'érythromycine est inefficace contre *Streptococcus viridans* et la plupart des espèces *Fusobacterium*. L'érythromycine devrait donc être considérée comme un antibiotique du passé dans le traitement des infections odontogènes.

Conclusion

Les infections odontogènes sont polymicrobiennes. Un diagnostic et un traitement rapides, incluant l'élimination du facteur étiologique, sont essentiels à une prise en charge efficace. Les antibiotiques constituent un traitement d'appoint utile dans la prise en charge des infections odontogènes, mais ils ne doivent pas remplacer l'élimination du facteur étiologique. De plus, tous les dentistes devraient savoir à quel moment l'aiguillage vers un spécialiste est justifié.

La pénicilline en association avec le métronidazole offre une excellente couverture antimicrobienne contre la plupart des infections odontogènes et devrait être considérée comme l'antibiothérapie de choix. La clindamycine offre aussi une excellente couverture et devrait être utilisée chez les patients allergiques à la pénicilline ou en cas d'échec de la pénicilline. ♦

L'AUTEUR



Le Dr Curtis Gregoire est professeur adjoint au Département des sciences buccales et maxillofaciales, Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie, à Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : cgregoir@dal.ca

Références

Pour obtenir la liste complète des références, veuillez consulter la version anglaise du journal à www.jcda.ca.