

Texte court

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Révision de la conférence de consensus de mars 1992

Recommandations 2002

sous l'égide de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) avec la collaboration de la Société française de cardiologie (SFC) et la participation de :

- l'Association dentaire française,
- l'Association pour l'étude et la prévention de l'endocardite infectieuse,
- l'Association des épidémiologistes de langue française,
- l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique,
- la Fédération française de cardiologie,
- la Société de chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
- la Société française de microbiologie,
- la Société française de parodontologie et d'implantologie orale,
- la Société de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique de la face,
- l'Association française d'urologie,
- la Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale,
- la Société nationale française de gastro-entérologie,
- la Société nationale française de médecine interne,
- l'UNAFORMEC ;

et avec le concours de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et pour leur participation au groupe de lecture :

- le Collège national des généralistes enseignants,
- la Société de formation thérapeutique du généraliste,
- la Société française de médecine générale.

INTRODUCTION

L'endocardite infectieuse est une maladie rare mais grave dont l'incidence semble stable au cours des dernières décennies. Les streptocoques en sont les agents infectieux les plus souvent responsables. L'incidence de l'endocardite infectieuse est estimée à partir d'enquêtes transversales épidémiologiques ; elle se situerait en France aux environs de 25 à 30 cas par million d'habitants et par an (environ 1500 cas annuels). Le profil des patients atteints d'endocardite infectieuse évolue : proportion croissante de sujets âgés, diminution des endocardites à streptocoques oraux.

Actuellement, la chirurgie valvulaire est réalisée dans environ un cas sur deux pour traiter l'endocardite. La mortalité de l'endocardite reste malgré cela élevée, entre 15 % et 25 %.

Depuis 1992, date à laquelle s'est tenue la conférence française de consensus sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse, de nouvelles données ont été publiées, nécessitant une mise à jour de ses conclusions. Ces nouvelles données font apparaître les points suivants :

- l'endocardite reste une maladie grave ;
- les bactériémies à risque d'induire une endocardite infectieuse sont probablement plus le fait d'un passage

Tableau 1
Cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse

Groupe A : Cardiopathies à haut risque	Groupe B : Cardiopathies à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses) • Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique) • Antécédents d'endocardite infectieuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Valvulopathies : IA, IM, RA*, • PVM* avec IM et/ou épaissement valvulaire • Bicuspidie aortique • Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf CIA* • Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)

* IA : insuffisance aortique ; IM : insuffisance mitrale ; RA : rétrécissement aortique ; PVM : prolapsus de la valve mitrale ; CIA : communication interauriculaire (cardiopathie non à risque).

quotidien des bactéries de la cavité buccale dans le sang que de gestes buccodentaires occasionnels ;

- il n'existe pas de preuve scientifique de l'efficacité ou de l'inefficacité de l'antibioprophylaxie ;
- en France, l'antibioprophylaxie n'est actuellement pratiquée, avant des gestes buccodentaires chez des valvulaires à risque, que dans moins d'un cas sur deux ;
- l'utilisation large de l'antibioprophylaxie, à supposer que celle-ci soit totalement efficace, n'éviterait qu'un nombre très faible d'endocardites en France ;
- on constate en France une augmentation préoccupante du nombre de bactéries de moindre sensibilité aux antibiotiques.

En conséquence, le groupe de travail suggère :

- *de maintenir le principe* de l'antibioprophylaxie lors de la réalisation de gestes à risque chez des patients ayant une cardiopathie à risque, mais
- *d'en réduire les indications* aux situations où le rapport bénéfice individuel/risque individuel et collectif est le plus élevé.

Les recommandations du groupe de travail ne se substituent pas à l'appréciation, par le praticien, du risque individuel d'un sujet donné.

Recommandation 1 : définition des groupes à risque

Deux groupes de patients doivent être distingués : Groupe A, dit « à haut risque », où l'incidence et la morbidité de l'endocardite infectieuse sont élevées et Groupe B, où le risque est moins élevé (incidence et gravité moindres).

En dehors des groupes A et B, il y a des situations cardiaques où il n'existe pas de risque majoré de survenue d'endocardite infectieuse par rapport à la population générale. Il faut citer, entre autres les situations suivantes : communication inter-auriculaire, *pacemakers* (le risque d'endocardite est essentiellement lié à la pose du stimulateur qui nécessite le recours à une antibioprophylaxie), angioplastie coronaire avec ou sans mise en place d'endoprothèse, cardiomyopathie dilatée sans insuffisance mitrale significative, rétrécissement mitral pur, régurgitation valvulaire minime uniquement détectée en échographie doppler.

Recommandation 2 : importance des mesures d'hygiène

Les mesures générales d'hygiène sont prioritaires. Elles visent à réduire le risque de survenue de bactériémies, quelle qu'en soit l'origine, en particulier pour les bactériémies impliquant des bactéries à tropisme cardiaque. Elles comportent la prévention et la lutte contre tous les foyers infectieux de l'organisme : hygiène buccodentaire et cutanée rigoureuse et continue pour éviter toute rupture des barrières cutanéomuqueuses, désinfection des plaies, antibiothérapie curative de tout foyer infectieux, suivi rigoureux des mesures d'asepsie lors de la réalisation de manœuvres à risque infectieux, éradication ou diminution de la densité bactérienne en cas de portage chronique cutané (dialysé rénal...), urinaire... dans la mesure du possible. Une surveillance systématique de l'état buccodentaire doit être effectuée au minimum deux fois par an chez les patients ayant une cardiopathie.

Tout geste entraînant une effraction des muqueuses et/ou de la peau doit être évité. Ainsi, la pratique du piercing est formellement déconseillée chez les patients ayant une cardiopathie à risque. L'acupuncture ne doit être réalisée qu'en connaissant le risque possible de survenue d'endocardite infectieuse et en effectuant une surveillance clinique appropriée après le geste. L'utilisation de cathéters de perfusion doit être limitée aux situations où elle est indispensable, en particulier chez les sujets à risque. En cas de nécessité, elle doit se faire conformément à des procédures qui recommandent un remplacement systématique du cathéter périphérique tous les trois à quatre jours, l'utilisation préférentielle des cathéters périphériques au détriment des cathéters centraux, et une surveillance rigoureuse de la survenue d'inflammation du point de perfusion.

Recommandation 3 : gestes buccodentaires

Chez les patients des groupes A et B, l'utilisation d'antiseptiques locaux à base de chlorhexidine sous forme d'un bain de bouche de 30 secondes qui précède le geste dentaire, et la pratique des soins buccodentaires en un minimum de séances sont recommandés. Si les soins nécessitent plusieurs séances, ils doivent être si possible

Tableau 2

Schéma des indications de l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse chez les patients ayant un geste buccodentaire, en fonction du groupe de cardiopathie à risque

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A Cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse	Groupe B Cardiopathie à risque moins élevé d'endocardite infectieuse
Geste buccodentaire à risque	Recommandée	Optionnelle
Geste buccodentaire non à risque		Non recommandée

espacés d'au moins 10 jours, si le praticien a recours à une antibioprophylaxie.

Indications de l'antibioprophylaxie par voie systémique (Tableau 2, Annexes 1 et 2)

- Chez les patients du groupe A, l'utilisation de l'antibioprophylaxie selon les modalités définies ci-après est recommandée pour les actes buccodentaires invasifs non contre indiqués.

Certains gestes sont contre-indiqués ou formellement déconseillés : prothèses sur dents à dépulper, pose d'implants et chirurgie parodontale.

Les pulpopathies, les parodontopathies et les traumatismes nécessitent l'extraction. Les soins endodontiques chez les patients du groupe A doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalaire soit accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées, et à la rigueur à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles. La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisé qu'en l'absence de toute atteinte parodontale.

- Chez les patients du Groupe B, l'antibioprophylaxie est optionnelle.

Le choix de sa réalisation est laissé au jugement des cliniciens en charge du patient, en tenant compte en particulier de la nature de l'acte réalisé et de l'état du patient. Des facteurs orientant ce choix sont listés dans le tableau 3. Quel que soit le choix retenu, il doit s'accompagner d'une information préalable du patient et de son adhésion à la stratégie proposée. Il doit figurer sur un carnet de suivi remis à chaque patient. Ce dernier doit en effet savoir qu'en cas de fièvre ou de symptômes, en particulier dans le mois suivant le geste dentaire, il doit consulter un médecin le plus rapidement possible et avant toute prise médicamenteuse, et l'informer de la réalisation du geste dentaire afin que les hémocultures puissent être réalisées « le cas échéant » avant toute antibiothérapie (Fig. 1). Il s'agit là d'une démarche d'éducation du patient au même titre que les conseils d'hygiène générale et en particulier buccodentaire qui lui sont prodigués.

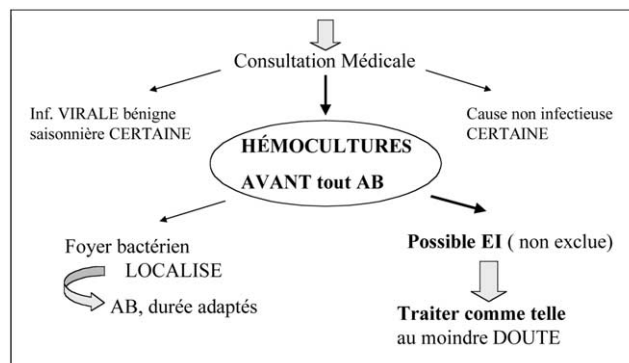


Fig. 1. Patient fébrile avec cardiopathie à risque d'EI (groupe B), < 3 mois après geste à risque, a fortiori sans AB-prophylaxie*.

* Cette recommandation concerne tout patient ayant une fièvre ou tout autre symptôme aigu, et une cardiopathie à risque ; elle est spécifiquement rappelée ici, pour attirer l'attention du patient et du médecin, au cas où il n'y aurait pas eu d'antibioprophylaxie avant un geste à risque.

Les traitements radiculaires peuvent être entrepris à trois conditions : s'ils sont réalisés sous champ opératoire étanche (digue), si la totalité de l'endodonte est aisément accessible, et s'ils sont réalisés en une seule séance. Si ces trois conditions ne sont pas remplies, l'extraction est recommandée. La pose d'implants, la chirurgie parodontale et certains autres gestes (Annexe 2) sont contre-indiqués.

- Pour les autres situations cardiaques, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée.

En dehors de l'urgence, avant chirurgie valvulaire, l'antibioprophylaxie est indiquée comme pour les patients du groupe A ; un bilan d'imagerie dentaire complet doit être réalisé ; seules sont conservées les dents pulpées ou présentant un traitement endodontique parfait, sans élargissement desmodontal, remontant à plus d'un an, et au parodonte sain. Les dents dépulpées dont le traitement endodontique est incomplet, les dents présentant des lésions parodontales, les racines et apex persistants sont extraits au moins 15 jours avant l'intervention cardiaque. En cas de chirurgie réalisée dans l'urgence, les soins buccodentaires sont réalisés dès que possible en fonction du contexte.

Les indications en fonction des différents types de gestes sont détaillées en Annexe 2.

Tableau 3

Facteurs orientant le choix dans les situations où l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse est optionnelle

Arguments en faveur de la prescription

Terrain

Age : > 65 ans

Insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, hépatique

Diabète

Immunodépression acquise (splénectomie), constitutionnelle ou thérapeutique (corticoïdes, immunosuppresseurs...)

État buccodentaire

Hygiène buccodentaire déficiente notamment

Gestes

Saignement important (intensité, durée)

Geste techniquement difficile (durée prolongée de l'acte...)

Souhait du patient après information

Arguments en faveur de l'abstention

Allergie à de multiples antibiotiques

Souhait du patient après information

Recommandation 4 : gestes à risque autres que buccodentaires

Les recommandations reposent sur un accord professionnel, en l'absence de données scientifiques et ne se substituent pas au jugement du clinicien qui réalise le geste (Tableau 4). Ces recommandations ne remettent pas en question celles concernant l'antibioprophylaxie préopératoire des gestes chirurgicaux.

Les indications en fonction des différents types de gestes sont détaillées en Annexe 3.

Les risques associés à la sclérothérapie et à la dilatation œsophagienne semblent élevés, si bien que le groupe de travail a recommandé l'antibioprophylaxie systématique pour les cardiopathies des groupes A et B. Pour toute une série d'autres gestes (Annexe 3) associés à un risque élevé d'endocardite infectieuse, il est proposé le même schéma d'indication que pour les gestes buccodentaires : antibioprophylaxie recommandée pour le groupe A, optionnelle pour le groupe B. Certains gestes qui semblent à risque moindre ne font l'objet que d'une proposition d'antibioprophylaxie

optionnelle pour le groupe A (Annexe 2). Les facteurs de choix figurant au Tableau 3 peuvent, comme pour les gestes buccodentaires, aider à la décision.

Pour les autres situations cardiaques, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée.

Recommandation 5 : modalités d'antibioprophylaxie

Le groupe de travail considère que l'évolution de l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse en France est un argument pour ne pas modifier les modalités d'administration de l'antibioprophylaxie.

Modalités générales de l'antibioprophylaxie

D'une manière générale, l'antibioprophylaxie, quand elle se justifie, est débutée dans l'heure précédant le geste selon les modalités définies ci-après. Cependant, si des difficultés faisant craindre la survenue d'un risque infectieux particulier surviennent au cours ou au décours immédiat de la réalisation d'un geste n'ayant pas été précédé d'une antibioprophylaxie (saignement abondant, procédures longues

Tableau 4

Schéma des indications de l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse chez les patients ayant des gestes autres que buccodentaires, en fonction du groupe de cardiopathie à risque

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Groupe B Cardiopathies à risque moins élevé d'endocardite infectieuse
Gestes à risque très élevé		Recommandée
Gestes à risque élevé	Recommandée	Optionnelle
Gestes à risque moindre	Optionnelle	Non recommandée
Gestes à risque négligeable		Non recommandée

Tableau 5

Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors de soins dentaires et d'actes portant sur les voies aériennes supérieures – soins ambulatoires

	Produit	Posologie et voie d'administration Prise unique dans l'heure précédant le geste
Pas d'allergie aux β -lactamines	Amoxicilline	3 g per os *
Allergie aux β -lactamines	Pristinamycine ou** Clindamycine	1 g per os 600 mg per os

* 2 g per os si poids du sujet < 60 kg.

Posologies pédiatriques per os : amoxicilline 75 mg kg⁻¹ ; clindamycine 15 mg kg⁻¹ ; pristinamycine : 25 mg kg⁻¹.

** Le pourcentage respectif de souches de streptocoques de sensibilité diminuée à ces deux antibiotiques doit être pris en considération dans le choix.

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 6

Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors de soins dentaires et d'actes portant sur les voies aériennes supérieures – anesthésie générale

	Produit	Posologie et voie d'administration Avant (dans l'heure précédant le geste)	Après (6 h plus tard)
Pas d'allergie aux β -lactamines	Amoxicilline	2 g IV (perfusion 30 min)	1 g per os
Allergie aux β -lactamines	Vancomycine ou Teicoplanine	1 g IV (perfusion \geq 60 min) 400 mg IV (directe)	pas de 2 ^e dose

Posologies pédiatriques : amoxicilline 50 mg kg⁻¹ IV avant, 25 mg kg⁻¹ per os 6 h plus tard ; vancomycine 20 mg kg⁻¹ (maximum 1 g) ; teicoplanine : pas d'A.M.M. chez l'enfant en antibioprophylaxie

IV : intraveineux

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 7

Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse lors d'interventions urologiques et digestives

	Produit	Posologie et voie d'administration Avant (dans l'heure précédant le geste)	Après (6 h plus tard)
Pas d'allergie aux β -lactamines	Amoxicilline puis gentamicine	2 g IV (perfusion 30 min) 1,5 mg/kg IV (perfusion 30 min) ou IM	1 g per os pas de 2 ^e dose
Allergie aux β -lactamines	Vancomycine ou Teicoplanine puis Gentamicine	1 g IV (perfusion \geq 60 min) 400 mg IV (directe) 1,5 mg/kg IV (perfusion 30 min) ou IM	pas de 2 ^e dose

Posologies pédiatriques : amoxicilline 50 mg kg⁻¹ IV avant, 25 mg kg⁻¹ per os 6 h plus tard ; gentamicine 2 mg kg⁻¹ (maximum 80 mg) ; vancomycine 20 mg kg⁻¹ (maximum 1 g) ; teicoplanine : pas d'A.M.M. chez l'enfant en antibioprophylaxie.

IM : intramusculaire, IV : intraveineux.

Administration des antibiotiques dans le respect des contre-indications et des conditions habituelles d'utilisation et de surveillance.

Tableau 8

Propositions pour l'évaluation et la diffusion des recommandations

1. Identification du niveau de risque d'une valvulopathie (mention groupe A ou B) sur :
 - compte-rendu d'échographie
 - dossier clinique
 - carte de prévention de l'endocardite infectieuse
2. Carnet de santé de cardiopathie pour les patients ayant une cardiopathie à risque A et B
3. Mise en place d'une cohorte registre de patients ayant une cardiopathie subissant des gestes dentaires
4. Registre national colligeant gestes à risque et antibioprophylaxie précédant l'endocardite infectieuse

et difficiles...), il peut être indiqué de débiter une antibio-prophylaxie, dès que possible dans l'heure qui suit le geste. Cette décision est laissée au jugement du praticien qui réalise le geste.

Les modalités de l'antibioprophyllaxie ne s'appliquent pas aux cas où une antibiothérapie curative est indiquée.

Il est recommandé d'espacer les soins dentaires d'au minimum 10 jours s'ils font l'objet d'une antibio-prophylaxie.

Dans les autres situations où l'antibioprophyllaxie concerne un geste où la bactérie impliquée est un staphylocoque, l'antibiotique utilisé devra être la pristinamycine en l'absence de contre-indication.

Propositions

Afin d'assurer le dépistage, le suivi et l'information des patients ayant une cardiopathie à risque, le groupe de travail fait les propositions suivantes (Tableau 8) :

- Avant la réalisation d'un geste à risque, l'interrogatoire du patient doit rechercher l'existence d'une cardiopathie à risque. En cas de doute chez un patient sans suivi cardiologique (notion d'un souffle cardiaque par exemple), une échocardiographie est recommandée avant la réalisation du geste afin de déterminer l'existence éventuelle d'une cardiopathie à risque ;
- le compte rendu d'échocardiographie-Doppler doit décrire de façon précise les anomalies morphologiques éventuellement observées et en préciser le caractère pathologique ou non. En présence d'anomalies valvulaires, il doit préciser leur importance et leur retentissement. La conclusion du compte rendu doit le cas échéant indiquer la présence d'une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse ainsi que sa catégorie telle que définie dans les recommandations (groupe A ou B) ;
- un suivi systématique et méthodique des patients ayant une cardiopathie et subissant des gestes à risque doit être réalisé à l'aide d'un carnet de suivi individuel. Cette surveillance devrait concerner l'ensemble des patients des Groupes A et B. Ce suivi systématique permettrait de diagnostiquer, et par conséquent de traiter précocement une éventuelle endocardite infectieuse quelle qu'en soit l'origine (conséquence de bactériémies quotidiennes ou des gestes pratiqués). Ce carnet de suivi devrait mentionner le groupe A ou B du patient, l'existence d'une allergie aux β -lactamines, les gestes à risque éventuellement effectués et la date de leur réalisation, le recours éventuel à une antibio-prophylaxie et son type, les événements infectieux.

Enfin, il paraît souhaitable d'évaluer la validité des nouvelles recommandations et leurs répercussions sur l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse par tous les moyens appropriés et notamment la mise en place de registres

longitudinaux chez les patients ayant des cardiopathies à risque, ainsi que de registres portant sur les gestes et situations à risque chez les malades ayant une endocardite déclarée. Une nouvelle enquête épidémiologique, analogue à celles de 1991 et 1999, devrait également être prévue dans un délai de 5 à 10 ans.

ANNEXE 1

Lexique des termes dentaires spécifiques

Amputation radiculaire : intervention qui consiste à extraire une racine non conservable d'une dent pluriradiculée de manière à pouvoir maintenir celle-ci sur l'arcade.

Anesthésie intraligamentaire : technique visant à injecter quelques gouttes d'anesthésique local dans le ligament alvéolo-dentaire.

Desmodonte : voir ligament alvéolodentaire dans le paragraphe alvéole.

Digue : feuille de latex placée au collet d'une ou plusieurs dents de façon à les isoler de la salive et de la flore microbienne buccale. Elle est maintenue en place à l'aide de crampons. La digue constitue donc un champ opératoire étanche.

Endodonte : partie de l'organe dentaire constitué de la chambre pulpaire et des canaux radiculaires (d'où le terme endocanalair).

Freinectomie : excision dans sa totalité d'un frein ou attache musculaire membraneuse (frein lingual, frein labial supérieur ou inférieur, etc.).

Germectomie : intervention chirurgicale visant à extraire un germe dentaire, c'est-à-dire l'ébauche de l'organe dentaire, plus ou moins évolué encore inclus dans le maxillaire dans un but principalement orthodontique. Cette intervention concerne généralement mais pas uniquement les germes de dents de sagesse.

Irritation sub-gingivale : instillation d'un antiseptique liquide à l'intérieur du sillon gingivodentaire.

Réimplantation dentaire : repositionnement à l'intérieur de son alvéole d'une dent luxée accidentellement. Une contention transitoire permet ensuite son maintien en place.

Séparation radiculaire : intervention visant à dissocier les racines d'une dent pluriradiculée afin de faciliter son extraction.

Sondage parodontal : action de mesurer à l'aide d'un instrument effilé gradué à pointe mousse la profondeur d'une poche parodontale.

Surfaçage : polissage instrumental de la surface radiculaire des dents. Il est complémentaire du détartrage.

Transplantation dentaire : greffe autogène d'une dent de son alvéole à un autre alvéole désaffecté.

ANNEXE 2**Indications d'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse concernant les gestes de la sphère buccodentaire en fonction du groupe de cardiopathie à risque**

<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie locale intraligamentaire • Soins endodontiques : Traitement des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement canalair 	Actes contre-indiqués (groupes A et B)
Actes chirurgicaux Amputation radiculaire Transplantation/Réimplantation Chirurgie périapicale Chirurgie parodontale Chirurgie implantaire Mise en place de matériaux de comblement <ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie dento-faciale Chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées 	Antibioprophylaxie
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une digue • Soins parodontaux non chirurgicaux détartrage avec et sans surfaçage sondage • Soins endodontiques : Traitement des dents à pulpe vivante* • Soins prothétiques à risque de saignement • Actes chirurgicaux 	Groupe A ↓ Recommandée
Avulsion dentaire Dent saine Alvéolectomie Séparation des racines** Dent incluse ou en désinclusion Germectomie Freinectomie Biopsies des glandes salivaires accessoires Chirurgie osseuse <ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie dentofaciale Mise en place de bagues Actes buccodentaires NON invasifs (sans risque de saignement important) • Actes de prévention 	Groupe B ↓ Optionnelle
Application de fluor Scellement de sillons <ul style="list-style-type: none"> • Soins conservateurs (restauration coronaire) • Soins prothétiques non sanglants (prise d'empreinte) • Ablation postopératoire de sutures • Pose de prothèses amovibles orthodontiques • Pose ou ajustement d'appareils orthodontiques • Prise de radiographie dentaire • Anesthésie locale non intraligamentaire 	Non recommandée
En cas d'infection	Antibioprophylaxie non adaptée Antibiothérapie curative nécessaire

Recommandations établies par accord professionnel, ACI : acte contre-indiqué par accord professionnel.

* Les soins endodontiques chez les patients du groupe A doivent être exceptionnels. Ils ne peuvent être réalisés qu'après vérification de la vitalité de la dent par les tests adéquats, sous digue, en une seule séance, en étant sûr que la totalité de la lumière canalair soit accessible. Ce traitement doit donc être réservé aux dents monoradiculées, et à la rigueur à la première prémolaire si les deux canaux sont accessibles.

** La séparation des racines est un acte à éviter autant que possible et n'est autorisé qu'en l'absence de toute atteinte parodontale.

ANNEXE 3**Indications d'antibioprofylaxie de l'endocardite infectieuse des gestes autres que buccodentaires en fonction du groupe de cardiopathie à risque du patient****3.1. Gestes concernant la sphère ORL**

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Amygdalectomie et adénoïdectomie	Recommandée	Optionnelle
Chirurgie endoscopique de sinusite chronique		
Bronchoscopie rigide		
Bronchoscopie souple	Optionnelle	Non recommandée
Intubation naso- ou oro-trachéale*		
Aspiration naso-trachéale		Non recommandée
Masque laryngé		
Dilatation percutanée de trachéostomie		

* sauf en cas d'intubation difficile et/ou traumatique, groupe A.

Ces recommandations ne remettent pas en question celles concernant l'antibioprofylaxie préopératoire des gestes chirurgicaux.

3.2. Gestes concernant la sphère digestive

	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Dilatation œsophagienne		Recommandée
Sclérothérapie*		
Cholangiographie rétrograde et sphinctérotomie		Recommandée si obstacle biliaire ou faux kyste pancréatique
Ligature élastique de varices œsophagiennes*	Optionnelle	Non recommandée
Colonoscopie**		
Ponction à l'aiguille fine guidée par échographie		Non recommandée
Gastroscopie		
Biopsie hépatique		

* En dehors du traitement hémostatique en urgence.

** Possibilité de réaliser l'antibioprofylaxie après le début du geste si découverte d'une néoformation avec réalisation de biopsie, polypectomie, ou de mucosectomie*** ou en cas d'examen difficile.

*** Absence complète de données sur le risque de bactériémie après mucosectomie.

3.3. Gestes à visée urologique

Résection prostatique trans-urétrale urines infectées	Actes contre-indiqués (Groupes A et B)	
	Antibioprofylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Ablation de sonde posée lors d'un acte chirurgical urologique Urines infectées		Recommandée*
Résection prostatique trans-urétrale Urines stériles	Recommandée	Optionnelle
Biopsie prostatique**		
Dilatation urétrale		
Lithotritie extra-corporelle	Optionnelle	Non recommandée
Cathétérisme urétral		Non recommandée
Cystoscopie***		
Ablation de sonde posée lors d'un acte chirurgical urologique Urines stériles		

* Le choix de l'antibiotique est guidé par les résultats de l'examen cyto bactériologique des urines et de l'antibiogramme.

** Systématiquement précédée par un lavement rectal.

*** geste contre-indiqué en cas d'urines infectées, antibioprofylaxie si biopsie, patient du groupe A.

Ces recommandations ne remettent pas en question celles concernant l'antibioprofylaxie préopératoire des gestes chirurgicaux.

3.4. Gestes concernant la sphère gynéco-obstétricale

	Actes contre-indiqués (Groupes A et B)	
	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Stérilet		
Accouchement par voie basse	Optionnelle*	Non recommandée
Césarienne**		Non recommandée
Biopsie cervicale ou endométriale		
Curetage		

* En cas de rupture prématurée de la poche des eaux et travail débuté plus de 6 h avant l'admission.

** Suivre les recommandations de la SFAR pour la population générale.

Ces recommandations ne remettent pas en questions celles concernant l'antibioprophylaxie préopératoire des gestes chirurgicaux.

3.5 Gestes à visée cardiaque

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Échographie transœsophagienne		Non recommandée
Ballon de contre-pulsion intra-aortique		
Angioplastie coronaire percutanée avec ou sans endoprothèse		

3.6. Gestes et procédures concernant la sphère cutanée

	Antibioprophylaxie	
	Groupe A	Groupe B
Traitement instrumental des furoncles		Recommandée
Excision de lésions cutanées ulcérées ou non ulcérées		Optionnelle