Avec le soutien institutionnel de

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS D'USAGE DES ANTIBIOTIQUES

EN PARODONTOLOGIE ET EN IMPLANTOLOGIE ORALE

Synthèse des recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale[1]

Les antibiotiques sont largement prescrits en odontologie et ont fait l'objet de recommandations par l'HAS en 2022. Toutefois, leurs spécificités d'usage en parodontologie et implantologie manquent de précision quant à l'évolution de la classification internationale des maladies parodontales et péri-implantaires et des recommandations européennes de traitement des parodontites de stade I - IV et des péri-implantites. Une prescription ciblée, fondée sur des protocoles scientifiquement validés, réduit non seulement le coût direct des médicaments, mais aussi les coûts indirects liés aux effets secondaires et à la gestion des complications dues à une résistance accrue aux antibiotiques.

Ces recommandations ont été élaborées par le CNEP et la SPIO en se fondant sur la méthode d'élaboration des recommandations de bonne pratique par consensus formalisé de la HAS.

Thématique 1 : Antibiothérapie systémique comme adjuvant du traitement parodontal pour améliorer les résultats du traitement parodontal

Questions[2]	Situation clinique		Usage des ATB[3] et schémas thérapeutiques	Pratique clinique	Force des recommandations	Niveau de preuve
QC 1	Abcès parodontal	Sans atteinte systémique	Pas d'ATB	Traitement local	Forte	Très faible
		Avec atteinte systémique (fièvre, cellulite faciale, lymphadénopathie) ou impossibilité de réaliser le drainage (trismus serré)	Amoxicilline : 2 g/j en 2 prises pendant 7 jours Azithromycine : 500 mg/j en 1 prise pendant 3 jours Clindamycine : 1200 mg/j en 2 prises pendant 7 jours	Traitement local et ATB	Forte	Très faible
QC 2	Lésion endo-parodontale sans atteinte systémique		Pas d'ATB	Seule l'association d'un traitement endodontique et d'un débridement mécanique parodontal supra- et sous-gingival est recommandée	Forte	Très faible
QC 3	Maladie parodontale nécrosante		Métronidazole 500 mg 3 fois/j pendant 7 jours à débuter dès la consultation initiale. Un contrôle est préconisé au 4e jour de traitement avec un arrêt possible de l'antibiothérapie (disparition des symptômes et des signes cliniques).	Débridement mécanique superficiel supra-gingival, Mesures d'hygiène orale mécaniques quotidiennes à adapter, Contrôle chimique de la plaque dentaire à l'aide d'un bain de bouche à la chlorhexidine à 0,12 % ou 0,20 % à réaliser 2 fois/j pendant 10 jours, Et ATB	Forte	Très faible
QC 4	Parodontite	Population générale	Pas d'ATB	TPNC +/- TPC	Forte	Fort

[1] Les références scientifiques sont à retrouver dans le guide « Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale ».
[2] Renvoie aux questions de recherche posées dans le guide « Recommandations d'usage des antibiotiques en parodontologie et implantologie orale ».
[3] Les schémas d'administration des antibiotiques peuvent différer selon le statut médical du patient (molécule, posologie, voie d'administration, durée du traitement).

		En cas de parodontite de stade III – IV +/- distribution molaire - incisive + inadéquation entre la quantité de biofilm et la destruction/inflammation parodontale + perte osseuse/âge >1	• Amoxicilline 500 mg + métronidazole 500 mg, administrés 3 fois/j pendant 7 jours. • En cas d'allergie aux pénicillines, métronidazole 500 mg, administré 3 fois/j pendant 7 jours. • Si le patient supporte mal le métronidazole, azithromycine 500 mg administré en 1 dose pendant 3 jours.		Modérée	Faible
QC 5	Patient diabétique	Patient ayant un taux d'HbA1c < ou = 8 %.	Pas d'ATB Antiseptiques (chlorhexidine 0,12% ou 0,2%) suffisants	TPNC+/- TPC	Forte	Modérée
		Patient ayant un taux d'HbA1c >8 %	Si Antibioprophylaxie nécessaire : Amoxicilline 2 g en une prise unique une heure avant. ATB en fonction de la parodontite à traiter (cf. QC 4) Antiseptiques (chlorhexidine 0,12% ou 0,2%)	TPNC +/- TPC Avis médecin traitant ou endocrinologue Choix de la fenêtre thérapeutique (différer l'acte) en fonction de l'inflammation gingivale, habitus, comorbidités		
QC 6	Patient fumeur		Pas d'ATB		Forte	Faible
QC 7	Patient présentant une pathologie systémique (hors diabète)		ATB chez les patients présentant un déficit immunitaire sévère	Avis du médecin traitant Évaluation des différents marqueurs de l'immunité	Modérée	Très faible
QC 8	Avant, pendant ou après l'instrumentation sous-gingivale		Si indications	Prise des ATB au moment de la phase active du traitement, et non au moment de la réévaluation	Modérée	Faible
QC 9	Séance d'assainissement parodontal en bouche complète		Pas d'ATB en systématique, à évaluer selon le profil du patient		Forte	Faible
Note : Les ATB locaux, en complément d'une thérapeutique parodontale, ne sont pas recommandés en cas de poches résiduelles et de manière plus générale en parodontologie.						

Thématique 2 : Antibioprophylaxie et traitement parodontal pour réduire le risque de complications infectieuses locales ou à distance

Questions	Situations cliniques	Usage des ATB et schémas thérapeutiques	Pratique clinique	Force des recommandations	Niveau de preuve
QC 12/QC 13/QC 14/QC 15	En chirurgie d'assainissement/en chirurgie plastique parodontale/en chirurgie à visée reconstructrice ou régénérative/en cas d'utilisation de biomatériaux de reconstruction ou de régénération	Pas d'ATB en systématique, à évaluer selon le profil du patient et le type d'intervention (complexité et durée) Antiseptiques (chlorhexidine 0,12% ou 0,2%)		Forte	Faible à très faible

Note : L'antibioprophylaxie est nécessaire et obligatoire en France pour le patient à risque d'EI (HAS, 2024). Pour tous les autres profils à risque, elle n'est pas systématiquement recommandée. Se référer à la version complète des recommandations.

Thématique 3 : Antibioprophylaxie en chirurgie implantaire pour réduire le risque de complications infectieuses locales ou à distance

Questions	Situations cliniques	Usage des ATB et schémas thérapeutiques	Pratique clinique	Force des recommandations	Niveau de preuve
QC 17	En cas de pose d'implants	Pas d'ATB **mais** les experts recommandent l'antibibioprophylaxie pour limiter les risques d'échec implantaire précoce en cas de mise en place d'implants multiples (>3), chirurgie longue (>1 h 30), patient présentant des ATCD de complications (échec d'ostéointégration, os peu vascularisé, etc.) et chez les patients immunodéprimés (diabète non équilibré, fonction rénale altérée, etc.).		Forte	Faible
QC 18	Lors des chirurgies d'augmentation osseuse pré- et perimplantatoire	Pas d'ATB **mais** les experts suggèrent une antibioprophylaxie après l'intervention (amoxicilline 2 g/j pendant 5 à 7 j) afin de réduire le risque de complications dont la gestion s'avère complexe.		Forte	Faible
Note : L'antibioprophylaxie est nécessaire et obligatoire en France pour le patient à risque d'EI (HAS, 2024). Concernant les patients diabétiques, l'antibioprophylaxie doit être envisagée pour un taux d'HBA1C> ou = 8% après une discussion avec le médecin traitant. Vérifier la présence de comorbidité.					

Thématique 4 : Antibiothérapie systémique comme adjuvant du traitement des maladies péri-implantaires pour améliorer les résultats du traitement de ces maladies

Questions	Situations cliniques	Usage des ATB et schémas thérapeutiques
QC 20	En cas de péri-implantite	La prescription d'ATB par voie systémique ou locale n'est pas recommandée lors du TNC et du TC. Si elle est envisagée, elle doit plus se faire en fonction de la complexité du traitement proposé (biomatériaux, membrane) que par rapport à la sévérité de la lésion. La balance bénéfices – risques des traitements proposés doit être comparée à celle de l'explantation dans les cas les plus avancés.

Approche globale de l'usage des antibiotiques en parodontologie
Pour limiter les conséquences à court et à long terme de la dysbiose oro-intestinale induite par les ATB, nous recommandons de réserver les indications d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie aux seules situations où un réel bénéfice clinique est attendu. De plus, la prescription d'un probiotique comme *Saccharomyces boulardii* CNCM I – 745 est suggérée dans la prévention des effets secondaires des traitements antibiotiques en parodontologie.