

## Éditorial

# Nouvelles recommandations, nouvelle pratique !

Jean-Christophe Fricain\*

Pôle odontologie et santé buccale-UFR Odontologie Bordeaux

L'élaboration de recommandations de pratique clinique est un acte fort pour une société scientifique. Ces recommandations visent à adapter une pratique professionnelle aux avancées de la science médicale pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les premières recommandations de la SFCO anciennement SFMbcCb concernaient l'usage des vasoconstricteurs en odontologie [1]. C'était en 2003 ! Le message général était qu'il n'y a pas de pathologie générale intercurrente contre-indiquant l'utilisation des vasoconstricteurs. À l'époque, nombre de confrères raisonnaient sur des arguments physiopathologiques d'interactions entre l'action potentielle systémique des catécholamines contenues dans les solutions anesthésiques et les pathologies ou les traitements des patients. Or ce raisonnement intuitif, apparemment logique, ne tenait pas compte de la biodisponibilité et des concentrations plasmatiques qui sont dérisoires par rapport à la libération endogène des catécholamines. Aujourd'hui, nul doute que tous les praticiens utilisent des vasoconstricteurs associés aux anesthésiques locaux chez les hypertendus, les patients sous bêtabloquants, les asthmatiques. Depuis la parution de ces recommandations, plus de dix ans se sont écoulés. Une décennie correspond à peu près au temps nécessaire à l'appropriation d'une recommandation par tous les professionnels.

Pour autant, l'évolution des connaissances peut rendre obsolète une recommandation. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette obsolescence : la publication d'études cliniques qui infirment une recommandation initialement basée sur un avis d'expert, l'introduction de nouveaux tests diagnostiques ou de nouvelles thérapeutiques. C'est exactement le cas avec les traitements antithrombotiques depuis l'introduction des « nouveaux » anticoagulants ou anticoagulants oraux directs (AOD) en 2008. Cette avancée thérapeutique majeure dans le domaine à l'aide de biothérapies ciblées sur des facteurs de la coagulation précis a amené plusieurs sociétés scientifiques à actualiser leurs recommandations sur les traitements antiplaquettaires et anticoagulants en chirurgie orale

[2-3]. En 2013, la SFCO a mis en place un groupe de travail en collaboration avec la société Française de Cardiologie et le Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire. Ces nouvelles recommandations ont permis de déboucher sur des algorithmes décisionnels pratiques basés sur le risque hémorragique lié à l'acte dans le contexte de traitement antithrombotique. En d'autres termes, cela signifie que l'ensemble des membres du groupe de travail et de lecture a accepté l'idée que la chirurgie orale était une chirurgie où le geste local était primordial dans la gestion de l'hémostase, notamment en cas de chirurgie dento-alvéolaire où la compression se fait dans un espace contraint par l'environnement osseux. De plus, la morbidité liée aux hémorragies postopératoires est très faible et dans la très grande majorité des cas elles peuvent être facilement contrôlées par un nouveau geste local. Ce faisceau d'arguments a abouti à des conclusions différentes des autres sociétés concernant les AOD. Ainsi, en cas d'acte de chirurgie orale à risque hémorragique faible, il n'est pas nécessaire d'arrêter les AOD. Une autre évolution importante de ces recommandations est la place accordée à la pratique de ville. Il n'est plus conseillé d'adresser les patients en milieu hospitalier en dehors des actes à haut risque hémorragique chez les patients à haut risque thrombotique. Dans ces situations particulières, une adaptation individuelle, personnalisée de la conduite à tenir vis à vis de la prophylaxie antithrombotique et du geste chirurgical sera discutée entre le spécialiste qualifié en chirurgie orale et le spécialiste responsable du traitement antithrombotique.

Un autre point à souligner dans ces recommandations, est le relèvement du seuil d'INR à 4 : en dessous duquel une intervention de chirurgie orale simple est possible en pratique de ville ; au dessus, un contact avec le médecin traitant est nécessaire pour rééquilibrer le traitement.

Enfin, ces recommandations permettent un état de la science sur ce sujet et de pointer les insuffisances de la recherche clinique dans ce domaine puisque nombre d'entre-elles

\* Correspondance : fricainj@aol.com

proviennent d'un accord entre experts et non pas du fait scientifique. Elles constituent donc aussi un appel aux milieux concernés à générer des données permettant (ou pas !) de les étayer au mieux.

Nul doute que ces recommandations seront utiles à la pratique de la chirurgie orale ; leur application à grande échelle permettra d'évaluer leur pertinence, notamment vis à vis des AOD où elles se distinguent des recommandations des autres sociétés.

## Références

1. Emploi des vasoconstricteurs en odonto stomatologie. Med Buccale Chir Buccale 2003;9:65-93.
2. Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odonto stomatologie. Med Buccale Chir Buccale 2005;11:55-76.
3. Recommandations pour la prise en charge des patients sous anti-vitamines K en chirurgie bucco dentaire. Med Buccale Chir Buccale 2006;12:188-212.