

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Projet : Prise en charge dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Expert	Date de validation
Expert 1	31/10/2023
Expert 2	13/11/2023
Expert 3	12/11/2023
Expert 4	16/11/2023
Expert 5	12/11/2023
Expert 6	27/11/2023
Expert 7	17/11/2023
Expert 8	20/11/2023
Expert 9	17/11/2023
Expert 10	20/11/2023
Expert 11	14/11/2023
Expert 12	13/11/2023
Expert 13	16/11/2023
Expert 14	15/11/2023
Expert 15	25/10/2023
Expert 16	02/11/2023
Expert 17	17/11/2023
Expert 18	20/11/2023
Expert 19	13/11/2023
Expert 20	16/11/2023
Expert 21	16/11/2023
Expert 22	06/11/2023
Expert 23	14/11/2023
Expert 24	17/11/2023
Expert 25	30/10/2023
Expert 26	25/10/2023
Expert 27	04/11/2023
Expert 28	13/11/2023
Expert 29	20/11/2023
Expert 30	18/11/2023
Expert 31	16/11/2023

Expert 32	16/11/2023
Expert 33	16/11/2023
Expert 34	06/11/2023
Expert 35	13/11/2023
Expert 36	14/11/2023
Expert 37	30/10/2023
Expert 38	24/10/2023
Expert 39	14/11/2023
Expert 40	08/11/2023
Expert 41	16/11/2023
Expert 42	06/11/2023
Expert 43	16/11/2023
Expert 44	16/11/2023
Expert 45	19/11/2023
Expert 46	20/11/2023
Expert 47	20/11/2023
Expert 48	20/11/2023
Expert 49	15/11/2023
Expert 50	06/11/2023
Expert 51	15/11/2023
Expert 52	14/11/2023
Expert 53	14/11/2023
Expert 54	22/11/2023
Expert 55	30/10/2023
Expert 56	03/11/2023
Expert 57	20/11/2023
Expert 58	01/11/2023
Expert 59	16/11/2023

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au Groupe de lecture relatif à la recommandation de bonne pratique ayant pour thème « Prise en charge dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse ». Votre mission consiste : - à lire le texte des recommandations et l'argumentaire, - à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte), - à donner un avis sur la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations en cotant chaque proposition de recommandations à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante. Nous vous invitons à lire le texte de l'argumentaire et le texte des recommandations joints avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. De même, nous vous invitons à répondre dans l'ordre au questionnaire (lecture verticale du questionnaire) en raison de l'interrelation existante entre les différentes propositions des chapitres. Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé. La valeur « 1 » signifie que la

proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en désaccord total avec la proposition, La valeur « 9 » signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes totalement d'accord avec la proposition, Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 » traduisent les situations intermédiaires possibles, La valeur « 5 » correspond à votre indécision. Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »). Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées. Celles-ci pourront être modifiées par rapport à celles que nous vous transmettons. De ce fait, nous vous remercions de respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents. Par ailleurs, l'ensemble de vos commentaires seront anonymisés et accessibles sur le site de la HAS. Enfin, ces recommandations ont été construites selon la méthode « fiche mémo ». Ainsi, la recherche bibliographique est limitée aux publications de plus haut niveau de preuve : recommandations françaises et internationales, méta-analyses et revues de la littérature (par exemple, revues systématiques de type Cochrane). La date limite de réponse à ce questionnaire est fixée au 17 novembre 2023 délai de rigueur. Nous vous remercions de votre collaboration à ce projet et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique. Albane Mainguy Service des bonnes pratiques Haute Autorité de Santé Vos contacts : Albane Mainguy, chef de projet (a.mainguy@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 37 35) Laetitia Gourbail, assistante (l.gourbail@has-sante.fr ; tél : 01 55 93 71 64)

Texte des recommandations : Prise en charge dentaire des patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Quels sont les patients à haut risque ou à risque intermédiaire de survenue d'endocardite infectieuse (E.I.)

Les patients à haut risque de survenue d'E.I. sont (tableau 1 annexe) (grade A):

Proposition_ 1

- Les patients ayant un antécédent d'E.I.,

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.97

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	2	54	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 51	élément de grade A bien étayé dans la littérature et repris récemment notamment pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023:ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 .

Proposition_2

- Les patients porteurs de prothèses valvulaires ou d'un matériel prothétique utilisé pour la réparation valvulaire cardiaque implanté par voie chirurgicale ou per/transcutanée (notamment les TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation ou implantation de valve aortique par voie percutanée, et clip valvulaires) (cf Annexe 1, liste des prothèses valvulaires ou matériel de réparation valvulaire considérés comme conférant un haut risque de survenue d'E.I.)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	1	3	49	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.85	98.15

Expert	Commentaires
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 24	(notamment les TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation ou implantation de valve aortique par

	voie percutanée, et clip valvulaires) PLUS CORRECTE: (notamment les prothèses aortiques posées par voie percutanée telles que le TAVI- Transcatheter Aortic Valve Implantation, et les systèmes de réparation valvulaire percutanée - clip valvulaires)
Expert 26	Simplifier la recommandation. Par exemple: Les patients porteurs de prothèses valvulaires ou d'un matériel prothétique utilisé pour la réparation valvulaire (cf Annexe 1, liste des prothèses valvulaires ou matériel de réparation valvulaire considérés comme conférant un haut risque de survenue d'E.I.). Le fait de préciser le procédé ne me semble pas très important.
Expert 51	élément bien étayé dans la littérature et repris récemment notamment pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 . Conen A, Stortecky S, Moreillon P, Hannan MM, Franzeck FC, Jeger R, Widmer AF. A review of recommendations for infective endocarditis prevention in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation. EuroIntervention. 2021 Feb 19;16(14):1135-1140. doi: 10.4244/EIJ-D-19-00993. PMID: 32207407; PMCID: PMC9725011.
Expert 55	je ne pense pas qu'il y ait besoin d'un tel niveau de détails dans les recos: on parle ici de situations très rares, et il est bien précisé plus bas que la liste n'est de toutes façons pas exhaustives. Il serait plus didactique, je pense, de donner les grands cadres de cardiopathies à haut risque dans ce document.

Proposition_ 3

- Les patients ayant une cardiopathie congénitale et répondant à l'un des critères ci-dessous :
Cardiopathie congénitale cyanogène non réparée (ventricule unique, syndrome d'Eisenmenger, ...)

Cardiopathie congénitale complexe traitée à l'aide de matériel prothétique (anastomose systémico-pulmonaire, tube prothétique ou autre prothèse), placé chirurgicalement ou par méthodes transcutanées, jusqu'à 6 mois après l'intervention de réparation ou à vie s'il subsiste un shunt résiduel ou une régurgitation valvulaire, notamment le canal atrio-ventriculaire (CAV), le tronc artériel commun, la tétralogie de Fallot, l'atrésie pulmonaire à septum ouvert, ...

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.85

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	1	1	49	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.92	98.08

Expert	Commentaires
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 26	idem simplifier la reco et supprimer ce qui est entre parenthèse. Eventuellement renvoyer vers une annexe ou tableau. Ne pas oublier que ces recos s'adressent au chirurgien dentistes ovni-praticiens.
Expert 31	La dernière phrase manque de clarté après "shunt résiduel ou régurgitation valvulaire" et posera des problèmes d'interprétation. Par exemple, concernant la tétralogie de Fallot, doit-on comprendre que même après chirurgie réparatrice de la CIV le risque persiste à vie? Ou seulement 6 mois?
Expert 44	La notion de "complexe" mériterait d'être définie car elle pourra interroger le praticien non spécialiste.
Expert 51	élément bien étayé dans la littérature et correspondant également aux précédentes recommandations
Expert 55	je ne pense pas qu'il y ait besoin d'un tel niveau de détails dans les recos: on parle ici de situations très rares, et il est bien précisé plus bas que la liste n'est de toutes façons pas exhaustives. Il serait plus didactique, je pense, de donner les grands cadres de cardiopathies à haut risque dans ce document.
Expert 56	pour le point 2, je pense qu'il faut reformuler. par exemple, écrire: Cardiopathie congénitale complexe (canal atrio-ventriculaire, tronc artériel commun, etc) traitée à l'aide ou bien laisser l'ordre tel quel mais écrire "notamment dans le cas d'un canal atrio-ventriculaire, tronc artériel commun",etc

Proposition_ 4

- Les patients porteurs d'assistance ventriculaire

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	0	1	1	4	3	38	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.08	95.92

Expert	Commentaires
Expert 1	assistance ventriculaire ou coeur artificiel
Expert 6	Bien que cette catégorie soit apparue dans les recos ESC, les germes en cause ne sont que rarement des strepto, il est peu probable qu'une prophylaxie lors de soins dentaires ait un impact important. Le seul argument en faveur est que le pronostic d'une EI dans ce cas est très mauvais et qu'il s'agit d'un petit nombre de patient.
Expert 9	Bien que le risque de mortalité soit élevé, je n'ai pas l'impression que le porte d'entrée orale ait été identifiée à risque pour cette condition. Cela dit, le manque d'étude doit probablement faire privilégier la précaution, compte-tenu du risque.
Expert 20	Peut-être serait-il pertinent de rajouter une note précisant que ce dispositif n'est pas à confondre avec un stimulateur cardiaque ou pace-maker (confusion par les patients)
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 28	Les infections de LVAD à germe d'origine dentaire sont beaucoup plus rare en proportion que sur valves native comme valve prothétique. Ce sont principalement des infections d'origine cutanée en lien avec la drive line (Staph/pseudomonas)
Expert 31	Peut-être préciser de quel(s) dispositif(s) il s'agit, comme dans les items précédents
Expert 38	Les infections sur assistance ventriculaire sont dues à des germes différents de ceux observés dans les endocardites d'origine dentaire.
Expert 50	ajouter quelques précisions sur ce qu'est un dispositif d'assistance ventriculaire dans le document "Recommandation" pas seulement dans l'argumentaire
Expert 51	élément de grade A bien étayé dans la littérature et repris récemment notamment sur la page 8 pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 .
Expert 53	Peu de données dans la littérature: données d'études rétrospectives et case reports Endocarditis in left ventricular assist device. Braghadheeswar Thyagarajan et al. Review Intractable Rare Dis Res. 2016
Expert 55	Cette catégorie a été rajoutée dans la liste des cardiopathies à haut risque dans les dernières recos européennes sur la base d'un seul article, qui ne dit pas que l'incidence des endocardites est élevée chez ces patients. D'autres études bien faites ne retrouvent pas de sur-risque d'endocardites chez ces patients...

Proposition_5

Remarque : Un contact avec un cardiopédiatre est nécessaire pour la prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de cardiopathies congénitales.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.06

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	3	1	1	5	5	37	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.26	90.74

Expert	Commentaires
Expert 6	Sans doute, le niveau de preuve n'est pas clair, mais cela paraît du bon sens.
Expert 13	Un cardiopédiatre est-il l'unique interlocuteur pour les cardiopathies congénitales, Cardiologue est-il suffisant ?
Expert 16	Pour quelle raison le contact avec le cardiopédiatre est-il nécessaire ? Est-ce pour évaluer le risque de survenue d'E.I. ? Si le patient possède une carte de prophylaxie de l'E.I. ce contact est-il toujours nécessaire ?
Expert 26	supprimer le terme remarque de la recommandation. Cette recommandation est une raison de plus de ne pas détailler les cardiopathies congénitales
Expert 27	Le médecin généraliste devrait également pouvoir renseigner cela.
Expert 28	Le cardiopédiatre référent connaissant le patient
Expert 29	Pas sûr que ce soit aussi facile que ça dans la pratique en cabinet
Expert 30	changer "patients" pour "enfants" ? ou est-ce toujours valable à l'âge adulte ?
Expert 33	remplacer patients par enfants ?
Expert 41	Doit-on forcément spécifier "cardiopédiatre". "Médecin ou service en charge du patient" n'est-il pas plus adapté ?
Expert 50	semble difficile à appliquer en pratique pour les patients adultes, un contact avec le cardiologue traitant du patient semble plus simple réaliste
Expert 51	je n'ai pas forcément compris précisément la phrase. Un contact semble effectivement nécessaire mais il

	pourrait être intéressant de préciser si cela implique une consultation obligatoire avant toute prise en charge pour éviter toute mauvaise compréhension.
Expert 55	ce genre de phrase manque de considération pratique: les cardiopédiatres sont rares, et leur accessibilité par des dentistes certainement compliquée dans beaucoup d'endroits. On s'expose à ce que les dentistes ne s'occupent pas de ces patients car ils n'auront pas pu contacter le cardio-pédiatre, alors que c'est affiché comme 'nécessaire'... Par ailleurs, c'est abusif: on peut (et doit) assurer des soins bucco-dentaires chez ces patients, pas besoin de contacter le cardiopédiatre à tous les coups !
Expert 56	pourquoi cardiopédiatre seulement. Dans le cas d'un adulte, il peut s'agir d'un cardiologue

Les patients à risque intermédiaire de survenue d'E.I. sont (grade A) :

Proposition_ 6

- Les patients avec anomalie morphologique et /ou dysfonction d'une ou plusieurs des 4 valves cardiaques (aortique, mitrale, pulmonaire ou tricuspide), que ce soit sous la forme d'une fuite et/ou d'un rétrécissement, quel qu'en soient la cause (congénitale ou non), le mécanisme (atteinte fonctionnelle ou organique) et la sévérité, notamment la bicuspidie aortique, le rétrécissement aortique, la fuite aortique, l'insuffisance mitrale, le prolapsus valvulaire mitral, la sténose pulmonaire,...

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.54

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	2	1	4	40	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.08	95.92

Expert	Commentaires
Expert 1	je n'aurais pas parlé du risque intermédiaire seulement haut risque ou pas
Expert 9	J'ai l'impression que les patients atteints de bicuspidie aortique devraient être intégrés au groupe des patients à Haut Risque.
Expert 21	Remplacer la fuite aortique par l'insuffisance aortique
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 24	la fuite aortique, mieux de la définir comme insuffisance aortique personnellement je ne mentionnerai pas le prolapsus valvulaire mitral (pas indiqué dans les guidelines EI de l'ESC 2023, retrouvé seulement dans 1 article de Zegri-Reiriz et al. 2018)
Expert 26	idem simplifier Par exemple: Les patients avec anomalie morphologique et /ou dysfonction d'une ou plusieurs des 4 valves cardiaques. me semble suffisant
Expert 28	Proposition de faire passer bicuspidie en anomalie valvulaire à haut risque d'EI, vu que les données publiées semblent montrer qu'un bicuspidie est retrouvée dans 10 à 15% des patients présentant une EI sur valve native (Lamas et al.)
Expert 31	Manque un S à "quelS qu'en soient la cause etc..."
Expert 46	L'étude de Zegri-Reiriz (2018), qui utilise les critères modifiés de Duke pour le diagnostic de l'EI, incite à classer les patients présentant un prolapsus de la valve mitrale ou une bicuspidie de la valve aortique comme étant à haut risque d'EI d'origine dentaire afin qu'ils bénéficient d'une antibioprophylaxie.
Expert 51	élément bien étayé dans la littérature et correspondant également aux précédentes recommandations

Proposition_ 7

- Les patients atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.66

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	0	2	42	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.26	95.74

Expert	Commentaires
Expert 1	je n'aurais pas parlé du risque intermédiaire seulement haut risque ou pas
Expert 9	Je n'ai pas vu où cela avait été discuté.
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 24	je supprimerai l'adjectif obstructive
Expert 51	élément de grade A bien étayé dans la littérature et repris récemment notamment sur la page 13 pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 .

Proposition_ 8

- Les patients porteurs d'autres cardiopathies congénitales, notamment :
 Communication Inter-Auriculaire (CIA) opérée ou non,
 Communication Inter-Ventriculaire (CIV) sans shunt résiduel opérée depuis plus de 6 mois,
 canal artériel,
 transposition simple isolée opérée des gros vaisseaux,
 coarctation de l'aorte isolée, sans bicuspidie associée,
 canal atrio-ventriculaire (CAV) non opéré.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	1	3	42	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.08	95.92

Expert	Commentaires
Expert 1	je n'aurais pas parlé du risque intermédiaire seulement haut risque ou pas
Expert 21	Remplacer Inter-Auriculaire par interatriale
Expert 22	En accord total mais confirmation plus du domaine du cardiologue
Expert 26	ne peut on pas trouver un terme générique pour regrouper ces cardiopathies et renvoyer vers un tableau?
Expert 51	élément bien étayé dans la littérature et correspondant également aux précédentes recommandations
Expert 53	ajout de la CIA comme facteur de risque indépendant d'endocardite infectieuse sur la base de nouvelles données publiées: Atrial septal defect patients have an elevated risk for infective endocarditis Valtteri Muroke et al.Scand Cardiovasc J. 2023
Expert 54	Canal Atrio-Ventriculaire (CAV)

Proposition_ 9

Ces listes ne sont pas exhaustives et les patients ne savent parfois pas précisément quel est leur problème cardiaque. Le chirurgien-dentiste ne doit donc pas hésiter à contacter le cardiologue traitant du patient afin qu'il le renseigne sur le risque d'endocardite lié à la cardiopathie sous-jacente.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	4	50	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Remplacer le chirurgien dentiste par "le praticien de la cavité buccale"
Expert 6	Bien que sensée, cette recommandation me semble difficilement applicable (cardiologue difficilement joignable, manque de temps, risque mal évalué par la plupart des médecins etc)
Expert 9	J'ai l'impression que les patients transplantés cardiaques et les patients atteints de valvulopathies rhumatismales devraient faire partie du groupe des patients à Haut Risque.
Expert 25	c'est le bon sens. Attention toutefois a ne pas différer un traitement urgent ou semi urgent.
Expert 26	je reformulerais légèrement en enlevant quelques mots qui n'apportent pas grand chose Ces listes ne sont pas exhaustives et les patients ne savent parfois pas quel est leur problème cardiaque. Le chirurgien-dentiste ne doit donc pas hésiter à contacter le cardiologue traitant du patient afin qu'il le renseigne sur le risque d'endocardite.
Expert 30	Ajouter: le CD doit demander au patient si il possède une carte indiquant son risque EI. Formuler positivement > Le dentiste "doit contacter" (plutôt que "ne doit pas hésiter") Qu'en est il de contacter le généraliste? (est ce déconseillé? est il obligatoire 'avoir l'information du cardiologue?)?
Expert 41	Idem "cardiologue" vs "Médecin ou service en charge du patient" n'est il pas plus adapté ? En effet il peut s'agir de l'infectiologue, du méd G...
Expert 42	Les chirurgiens-dentistes ne sont pas les seuls professionnels à être concernés par la prise en charge de la santé bucco-dentaire des patients et ces recommandations ne leur sont pas spécifiquement et/ou exclusivement destinées. Il faut donc modifier la 2ème phrase de la proposition en indiquant "praticien prenant de la cavité buccale" au lieu de chirurgien-dentiste (cf. intitulé de la proposition 15). Cette demande de modification concerne bien sûr l'ensemble du texte.
Expert 50	Proposition : les cardiologues traitant un patient à haut risque d'E.I. peuvent adresser en systématique un courrier le précisant au chirurgien dentiste traitant du patient (intérêt de déclarer un dentiste traitant comme pour le médecin traitant dans ces situations)

Proposition_ 10

Remarque : un contact avec un cardiopédiatre est par ailleurs nécessaire pour la prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de cardiopathies congénitales.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.33

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	1	1	3	5	42	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.45	94.55

Expert	Commentaires
Expert 6	Idem que pour les haut risque
Expert 13	Un cardiopédiatre est-il l'unique interlocuteur pour les cardiopathies congénitales, Cardiologue est-il suffisant ?
Expert 16	Pour quelle raison le contact avec le cardiopédiatre est-elle nécessaire ? Est-ce pour évaluer le risque de survenue d'E.I. ? Si le patient possède une carte de prophylaxie de l'E.I. ce contact est-il toujours nécessaire ?
Expert 23	idem proposition 5?
Expert 26	enlever "par ailleurs" du texte de la reco. cette reco justifie encore plus de ne pas trop détailler dans les propositions précédentes
Expert 28	Cardiopédiatre référent du patient
Expert 29	Idem encore faut-il que celui-ci soit joignable
Expert 30	idem/ proposition 5
Expert 33	remplacer patients par enfants?
Expert 36	remplacer "un contact avec un cardiopédiatre est par ailleurs nécessaire pour" par "un contact avec un cardiopédiatre est par ailleurs indispensable pour"
Expert 41	Idem "Médecin ou service en charge du patient"
Expert 46	Une consultation obligatoire en odontologie pourrait être demandée par le cardiopédiatre dans la première année de vie ou les semaines suivants le diagnostic de cardiopathie afin de mettre en place précocement des consultations de prévention.
Expert 50	semble difficile à appliquer en pratique pour les patients adultes, un contact avec le cardiologue traitant du patient semble plus simple réaliste
Expert 51	même réponse que proposition 5
Expert 55	ce genre de phrase manque de considération pratique: les cardiopédiatres sont rares, et leur accessibilité par des dentistes certainement compliquée dans beaucoup d'endroits. On s'expose à ce que les dentistes ne s'occupent pas de ces patients car ils n'auront pas pu contacter le cardio-pédiatre, alors que c'est affiché comme 'nécessaire'... Par ailleurs, c'est abusif: on peut (et doit) assurer des soins bucco-dentaires chez ces patients, pas

	besoin de contacter le cardiopédiatre à tous les coups !
Expert 56	même remarque que tout à l'heure. Pourquoi seulement cardiopédiatre

Quels sont les actes bucco-dentaires invasifs (c'est-à-dire à risque de bactériémie) contre indiqués ou autorisés avec antibioprophylaxie chez les patients à haut risque de survenue d'E.I ?

Ces recommandations à propos des gestes autorisés avec antibioprophylaxie ou contre-indiqués ne concernent que les patients à haut risque de survenue d'E.I. . En effet, il n'y a pas de contre-indication à pratiquer des actes bucco-dentaires invasifs, ni d'indication à une antibioprophylaxie pour ces gestes chez les patients à risque intermédiaire d'E.I.

Actes bucco-dentaires invasifs (c'est -à- dire à risque de bactériémie) contre indiqués chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. (avis d'experts)

Proposition_ 11

- Actes d'endodontie :

Coiffage pulpaire et pulpotomie de dent permanente mature chez l'adulte

Retraitement endodontique de dents avec LIPOE (lésions inflammatoires périapicales d'origine endodontique)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 6.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	4	5	2	6	1	1	1	24	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	25.00	75.00

Expert	Commentaires
Expert 1	faire une prophylaxie atb
Expert 4	Spécialiste en orthodontie je ne pratique pas ce type d'acte dans ma pratique
Expert 9	De manière générale, peut-être faudrait-il expliquer pourquoi maintenir une liste de gestes contre-indiqués si nous sommes les seuls en France ? Bien que cela me paraisse cohérent. Je trouve que la formulation est trop peu détaillée par rapport à la recommandation en 5.2 : "Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibiothérapie de la symptomatologie." puisque, finalement, le RTE semble être indiqué comme possible pour les dents qui ne seraient pas symptomatiques / dont la symptomatologie serait résolue par antibiothérapie.
Expert 12	1- de façon générale il serait intéressant pour plus de cohérence entre la proposition 11 et 13 de préciser la limite d'âge de l'odontologie pédiatrique (<18 ans?, <16 ans ?...) et l'âge adulte (>18 ans ?) car dans le cas contraire il peut subsister un doute pour les indications / contre-indications. en effet, la proposition 11 contre indique la pulsatation de la dent permanente mature de l'adulte alors que la proposition 13 l'autorise en odontologie pédiatrique. 2- je rajouterai la pulpectomie de la molaire temporaire en contre-indication. en effet, le complexe anatomo-pulpaire de la dent temporaire (particulièrement des molaires temporaires) est très particulier avec une organisation anarchique et beaucoup de canaux accessoires. la désinfection optimale et l'obturation radiculaire de la molaire temporaire sont donc très difficiles.
Expert 13	le coiffage pulpaire n'est pas une contre-indication mais doit faire l'objet d'une surveillance clinique et radiographique rapprochées Afrashtehfar KI, Jurado CA, Al-Hadi D, Shetty KP. Pulpotomy versus root canal treatment in permanent teeth with spontaneous pain: comparable clinical and patient outcomes, but insufficient evidence. Evid Based Dent. 2023 Jun;24(2):54-56. doi: 10.1038/s41432-023-00878-4. Epub 2023 May 15. PMID: 37188923; PMCID: PMC10289894. Nessrin A. Taha, Alaa M. Abuzaid, Yousef S. Khader, A Randomized Controlled Clinical Trial of Pulpotomy versus Root Canal Therapy in Mature Teeth with Irreversible Pulpitis: Outcome, Quality of Life, and Patients' Satisfaction, Journal of Endodontics, Volume 49, Issue 6, 2023, Pages 624-631.e2,
Expert 15	je ne comprends pas la proposition "retraitement endodontique dents avec LIPOE" comme acte contre indiqué, cela me parait en contradiction avec l'arbre décisionnel II.2 du logigramme qui semble autoriser le RTE pour toutes les dents avec LIPOE asymptomatiques.
Expert 16	L'argumentaire n'est pas suffisamment détaillé sur ces deux points ce qui fait qu'il est difficile de se positionner sur cette proposition. Les gestes bucco-dentaires contre indiqués chez les patients à haut risque d'E.I. étant une spécificité française, il aurait été intéressant d'évoquer plus précisément les éléments ayant amenés à cette décision. Le mot coiffage n'est d'ailleurs utilisé qu'une seule fois dans l'argumentaire, au niveau de cette proposition Pour ce qui est du retraitement endodontique, il y a une certaine discordance entre cette proposition 11

	et la 31: " Les traitements et retraitements endodontiques sont possibles, hormis les contre-indications suivantes: ... Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibio-thérapie de la symptomatologie.". Dans la proposition 31 il y a notamment la notion de symptomatologie et d'antibiothérapie inefficace qui n'apparaît pas ici, ce qui fait que la contre-indication est beaucoup plus limitée.
Expert 17	Le coiffage pulpaire et la pulpotomie ont -t-elle un réel risque infectieux . A réaliser avec une antibioprophylaxie cf tt endo conventionnel
Expert 18	Je ne suis pas dentiste donc je ne connais pas les gestes générateurs d'une diffusion bactérienne
Expert 22	Ce n'est pas clair concernant le retraitement endodontique de dents avec LIPOE. Il serait préférable soit de préciser qu'il s'agit alors d'une dent avec LIPOE symptomatique, soit de retirer cet item puisqu'il peut être réalisé sous antibioprophylaxie.
Expert 23	Pas très clair ici RTE semble contre indiqué si dents avec LIPOE mais semble faisable sous ABprophylaxie dans figure II.2 " Aide à la décision en Endodontie Situation 2: Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE"
Expert 26	Je ne sais pas comment ont été choisis ces actes contre indiqués. En revanche les autres recos internationales ne contre indiquent pas d'acte. Le fait que l'acte soit associé à une bactériémie n'est pas suffisant pour le contre indiquer. C'est plus le pourcentage d'échec avec infection qui me ferait contre indiquer l'acte. N'étant pas spécialiste de l'endodontie je ne peux pas répondre.
Expert 27	Cela ne tient pas compte du contexte (traumatologie versus cariology), le risque de bactériémie est moindre avec de la traumatologie. Une LIPOE est une image visible radiologique, il faudrait préciser sur quelle type d'imagerie (2D ou 3D)
Expert 30	Pour la LIPOE, la recommandation ne correspond pas à ce qui apparaît dans le tableau II.2 (Aide à la décision en Endodontie Situation 2: Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE)
Expert 31	- Pas de données concernant le coiffage et la pulpotomie des DP matures chez l'adulte dans l'argumentaire. La contre-indication de la pulpotomie (partielle ou totale) revient à dire que toute effraction pulpaire sur une dent vivante conduit à la réalisation de la pulpectomie et de l'obturation canalair (si les conditions de réalisation le permettent). Or, plusieurs publications traitent des mécanismes de cicatrisation pulpaire après coiffage, et d'autres montrent que les taux de succès de ces traitements sont supérieurs à une pulpectomie + obturation canalair. En toute logique, la bactériémie générée par la pulpotomie (partielle ou totale) n'est pas supérieure à celle du fraisage (décrite dans la récente méta-analyse de Martins et al figurant dans l'argumentaire) puisque la pulpe est vitale et donc aseptique. Enfin, la proposition d'autorisation des actes de pulpotomie/coiffage en odontologie pédiatrique (sous ABprophylaxie) dans la proposition 13 va dans ce sens. Duncan et al décrivent des taux de succès allant de 75 à 95% pour les pulpotomies dans un contexte traumatique, sans influence significative de l'âge du patient. - Contradiction entre la préconisation de contre-indication des RTE de dents présentant des LIPOE et le diagramme d'aide à la décision en endodontie qui semble l'autoriser!
Expert 32	Concernant la question du coiffage pulpaire et de la pulpotomie : la contre-indication chez l'adulte rentre en contradiction avec le fait que ces actes soient autorisés chez l'enfant et l'argumentaire manque à mon sens de justification sur ce point, au risque d'induire des confusions chez les praticiens. Quels sont les

	arguments qui ont été retenus pour une prise de décision différenciée ? P10 des propositions de recommandations, on retrouve la notion de pulpotomie possible chez l'enfant sur dent permanente mature qui est dans le même temps contre-indiqué chez l'adulte. Il me semble que le critère de distinction adulte / enfant n'est pas pertinent. On pourrait se diriger plutôt vers une différenciation entre le cas de la dent permanente immature et de la dent permanente mature. --> autorisation de la pulpotomie et du coiffage direct sur les dents permanentes immatures parce qu'il existe un enjeu d'édification radiculaire --> contre-indication de la pulpotomie et du coiffage direct sur les dents permanentes matures. Il faut alors se prononcer clairement sur l'alternative thérapeutique qui semblerait au vue de l'évolution des recommandations être un traitement endodontique complet. Concernant la question du retraitement endodontique de dents avec LIPOE, plusieurs questions se posent : - sur quelle base sont diagnostiquées les LIPOE ? La littérature est claire sur le fait que seul le CBCT permet une exhaustivité du diagnostic des LIPOE comparativement à des clichés rétro alvéolaires ou une radiographie panoramique. - certains points de l'argumentaire rentrent en contradiction les uns avec les autres ou manquent de précisions : Point 2.1 page 9 : contre indication des retraitements endodontiques de dents avec LIPOE chez les patients à haut risque Point 2.2 : retraitements autorisés sans mention du statut apical qui pourrait être pas élimination selon le point 2.1 "dents ne présentant pas de LIPOE" Point 5.2 page 14 : RTE possible sauf dans les cas où LIPOE symptomatique non résolue pas prise d'antibiotiques Il faudrait préciser ces différents points afin d'avoir une harmonisation, rédigé telle quelle cette partie induit de la confusion
Expert 35	La proposition de contre indication d'un retraitement endodontique de dents avec LIPOE (lésions inflammatoires périapicales d'origine endodontique) est en contradiction avec ce qui est indiqué au point 5.2 (page 14 et 15) ainsi que le logigramme II.2 indiquant que le RTE est possible sur une dents avec LIPOE si elle est ou est redevenue asymptomatique. Il faudrait préciser "avec symptomatologie persistante après une antibiothérapie". De plus je ne comprends pas pour le coiffage pulpaire et la pulpotomie de dent permanente mature chez l'adulte serait contre indiqué à la lecture de l'argumentaire alors que la pulpectomie est possible sous antibioprophylaxie.
Expert 36	A HARMONISER : la formulation entre cette reco et celles présentées en pages 14 et 15 ne sont pas les mêmes
Expert 44	Le coiffage pulpaire et la pulpotomie de DP mature chez l'adulte ne devraient pas induire de bactériémie significative (en dehors de celle liée à la pose de la digue) lorsque le geste est bien indiqué et bien conduit.
Expert 51	Totalement en accord sur le retraitement. Mon interrogation concerne le coiffage pulpaire et la pulpotomie. A ma connaissance, il n'existe pas d'étude permettant de conclure ni à un risque plus élevé ni à un risque plus faible d'un coiffage pulpaire direct comparativement à un traitement endodontique initial. Il est à noter que peu d'études ont évalué cette bactériémie dans le cadre du traitement endodontique lui même. Le taux de succès du coiffage pulpaire est cependant très élevé (86% à 95%

	selon les études) lorsqu'il est entrepris dans les conditions d'asepsie idéale (champ opératoire). La pulpotomie présente également un succès semblant élevé à trois (89%). L'incertitude sur ces thérapeutiques provient du fait qu'il est difficile de diagnostiquer correctement l'état inflammatoire de la pulpe, puis de conclure au maintien de la vitalité de la dent ou au diagnostic de pathologie péri-apicale lors des visites de contrôle. Il est cependant à noter que ce diagnostic peut également être complexe dans le cadre d'une dent traitée endodontiquement. La prévalence d'une LIPOE sur une dent traitée endodontiquement est de 55.5%. Une dent traitée endodontiquement a presque 24,5 fois plus de chances de présenter une LIPOE qu'une dent non traitée endodontiquement. Les taux de succès relevés dans la littérature ne permettent actuellement pas de conclure qu'un coiffage pulpaire va conduire à un plus haut risque de LIPOE que la conduite d'un traitement endodontique, ceci dans des conditions optimales de soins et dans le cadre d'indications correctement posées (âge, historique dentaire...)
Expert 56	Je suis ok sur ces points mais tel qu'écrit il y a une contradiction il me semble entre certaines situations de dents avec LIPOE décrites dans le logigramme et la contre indication absolue aux RTE sur dents avec LIPOE dans ce paragraphe
Expert 59	je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas faire un coiffage pulpaire sous digue mais une endo oui ???

Proposition_ 12

- Toute technique de chirurgie avec régénération/ajout de matériaux :
 chirurgie pré-implantaire (comblement sinus maxillaire, greffe)
 apport de matériau dans le traitement des péri implantites excepté lambeau d'accès avec désinfection
 chirurgie parodontale : chirurgie muco-gingivale (greffes) et chirurgie avec comblement
 avulsion /réimplantation avec traitement endodontique a retro
 chirurgie endodontique nécessitant un comblement et/ou l'apport d'une membrane.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.96

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	2	2	7	2	30	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.52	93.48

Expert	Commentaires
Expert 1	faire une prophylaxie atb
Expert 4	idem
Expert 6	Il me semble important d'insister sur l'aspect "ajout de matériaux" qui permet de mieux identifier le type de soin (rarement connu en dehors des odontologues).
Expert 9	Qu'en est-il de la préservation alvéolaire ? Une préservation alvéolaire avec une xélogreffe ne peut pas être envisagée dans un contexte où il n'y a pas d'infection initiale de la dent ? Et allogreffe ? Qu'en est-il de l'utilisation du PRF ? D'ailleurs, il n'est pas du tout abordé. Ne peut-il pas être une aide en favorisant la cicatrisation ?
Expert 10	Sauf chip pré implantaire CI d'apport de matériau dans le ttt des péri implantâtes, de cher par, de réimplantation et de chip endormi avec membrane compte tenu du risque d'infection post op élevé, CI même avec antibioprophylaxie.
Expert 13	L'apport de biomatériaux peut renforcer le volume osseux au moment de la pose d'un implant et pérenniser les résultats à long terme. Il ne s'agit pas de greffe préimplantaire pour laquelle le risque de complications est possiblement augmenté
Expert 22	Faute d'orthographe à "régénération"
Expert 25	tout ces actes modifient en profondeur le microbiote buccal, augmentent le risque d'infection post opératoire et peuvent entraîner la création d'un biofilm
Expert 26	je ne sais pas comment ont été choisis ces actes contre indiqués. En revanche les autres recos internationales ne contre indiquent pas d'acte. Le fait que l'acte soit associé à une bactériémie n'est pas suffisant pour le contre indiquer. C'est plus le pourcentage d'échec avec infection qui me ferait contre indiquer l'acte. N'étant pas spécialiste des actes cités je ne peux pas répondre. avulsion /réimplantation avec traitement endodontique a retro: je ne sais pas qui fait ce type de traitement??? qui me semble contre indiqué en dehors endocardite
Expert 30	préciser la nature des greffes pour la chirurgie pré-implantaire (greffe osseuse, greffe mucogingivale). Il manque des recommandations en ce qui concerne les chirurgies de préservation alvéolaire (utilisation également de biomatériaux osseux et/ou membranes) pour la chirurgie parodontale > préciser complètement osseux et/ou membrane. Qu'en est il des protéines dérivées de la matrice amélaire? et du PRF? Pour les chirurgies mucogingivales > préciser la position quant aux biomatériaux de régénération des tissus mous (qui permettent de ne pas réaliser de prélèvement autogène) tel que les matrices dermiques buccales pour la chirurgie endodontique > préciser la qualité du traitement canalaire (ex: dent répondant aux critères d'un traitement endodontique de qualité?.....)
Expert 36	Modifier : chirurgie parodontale : chirurgie muco-gingivale (greffes) et chirurgie avec comblement

	Par : Chirurgie parodontale : greffe muco-gingivale et chirurgie de comblement Les autres actes de chirurgie muco-gingivale étant autorisés avec ATBP
Expert 41	Je m'interroge sur la CI absolue à l'utilisation de biomatériaux. D'accord si apport osseux massif nécessaire (exemple de la pré-implantaire) où le cout/bénéfice/risque/comorbidité de l'intervention est plus que défavorable. Et où l'alternative ne réside pas dans la réalisation d'un autre geste à risque de bactériémie ou bien d'une situation à risque infectieux. Par contre, combler une lésion intra-osseuse en chirurgie paro, c'est à dire peu étendu avec peu de biomatériaux et dans le cas d'une indication bien posée constitue un réel avantage sur le succès de la chirurgie et donc de la conservation de la dent. L'alternative étant le +/- échec de la chirurgie et donc la persistance de poche (à risque infectieux et de bactériémie) et plutard l'avulsion de la dent (à risque de bactériémie). Aussi quid du PRF ou de l'utilisation d'os autogène (exemple de l'os d'ostéoplastie ré-utilisé pour combler la LIO adjacente?)
Expert 50	préciser chirurgie parodontale : chirurgie plastique parodontale (greffes et lambeaux déplacés) et chirurgie des poches avec comblement ou régénération
Expert 51	élément déjà étayé dans les précédentes recommandations et la littérature et repris récemment notamment pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193.

Actes bucco-dentaires invasifs (c'est -à- dire à risque de bactériémie) autorisés et nécessitant une antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. (grade A)

Proposition_ 13

- Anesthésie : intraligamentaire et techniques ostéocentrales uniquement en 2nde intention
- Endodontie : pulpectomie, traitement endodontique et retraitement endodontique (cf paragraphe endodontie), chirurgie endodontique sans comblement
- Parodontologie : assainissement parodontal (détartrage et surfaçage), sondage parodontal, gingivectomie, élongation /allongement de couronne clinique, traitement chirurgical des poches sans comblement ou sans régénération
- Chirurgie orale : avulsions des dents sur arcade, enclavées, incluses, frénectomie, biopsie, exérèse de lésions de la muqueuse orale et des lésions osseuses (kystes, tumeurs), chirurgie endodontique, amputation radiculaire et auto-transplantation, dégagement orthodontique de dent incluse.
- Implantologie orale: mise en place d'implant(s)
- Orthodontie : mise en place de mini vis d'ancrage
- Odontologie pédiatrique : pulpotomie et pulpectomie des dents temporaires et des dents

permanentes matures et immatures

- Traumatologie : tous les actes thérapeutiques en lien avec la traumatologie dentaire et alvéolaire, dont la réimplantation des dents permanentes matures et immatures.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.51

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	0	2	4	1	9	7	25	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.80	90.20

Expert	Commentaires
Expert 1	ATB si haut risque d'EI et... manipulation tissu gingival manipulation périapicale perforation muqueuseorale extraction dentaire drainage abcès dentaire détartrage
Expert 5	4e tiret : à Chirurgie orale, on devrait ajouter stomatologie, chirurgie maxillo-faciale
Expert 7	Réponse concernant l'orthodontie Il serait peut être nécessaire d'envisager le cas du stripping (réduction amélaire interproximale) qui peut parfois induire un saignement De même, les techniques d'accélération du déplacement dentaire invasives (corticotomies et piezocision) devraient être citées comme contre-indiquées
Expert 9	Pourquoi ne pas préciser, en préambule des recommandations, qu'il serait intéressant, quel que soit l'acte, d'utiliser des antiseptiques (bain de bouche systématique, décontamination locale...) ? Formulation trop ambiguë pour l'endodontie; on pourrait imaginer une pulpectomie sans traitement endodontique ? Pourquoi mettre un cf juste pour l'endodontie... Peut-être plutôt un préambule général disant de se référer

	aux paragraphes spécifiques pour chaque thématique/discipline ? L'instrumentation ultrasonique avec des micro-inserts coudés respecte bien plus les tissus que l'utilisation de curettes. Pourquoi ne pas utiliser le terme de débridement sous-gingival plutôt que de surfaçage et inciter à utiliser ces technologies plus délicates pour la gencive que la curette ? Peut-être commencer par sondage parodontal dans la liste. Peut-être serait-il intéressant de mettre le patient sous bain de bouche avec Chlorhexidine les 10 premiers jours suivant la séance de révision des techniques de prophylaxie orale avec introduction des brossettes inter-dentaires si l'inflammation gingivale initiale est modérée à sévère. Proposer irrigation sous-gingivale à la Betadine ? Pourquoi les exérèses de lésions font partie de la chirurgie orale ? et la chirurgie endodontique ? Frenectomie ? Biopsie ? Pour les implants, peut-être préciser les conditions ? "simples" ou détailler : axe prothétique idéal, hauteur de tissu kératinisé suffisante, épaisseur de gencive suffisante... pour éviter le risque de péri-implantite; privilégier PIP transvissée pour ré-intervention simple ? Quid des implants multiples ? Aucune différence ? et bridges complets sur implants ? Privilégier implantologie guidée ? Sans lambeau ? Enfoui ou second temps ?
Expert 12	1- le complexe anatomo-pulpaire de la dent temporaire (particulièrement des molaires temporaires est très particulier avec une organisation anarchique et beaucoup de canaux accessoires. la désinfection optimale et l'obturation radiculaire de la molaire temporaire sont donc très difficile. Je rajouterai donc la pulpectomie de la dent temporaire en contre-indication dans la proposition 11. 2- le coiffage pulpaire de la dent permanente immature ou mature est un acte fréquent en odontologie pédiatrique. comme il est contre-indiqué chez l'adulte dans la proposition 11 ; je veillerai à préciser qu'il est autorisé en odontologie pédiatrique. 3-de façon générale il serait intéressant pour plus de cohérence entre la proposition 11 et 13 de préciser la limite d'âge de l'odontologie pédiatrique (<18 ans?, <16 ans ?...) et l'âge adulte (>18 ans ?) car dans le cas contraire il peut subsister un doute pour les indications / contre-indications.
Expert 13	Il faudrait rajouter les plaques d'ancrage aux minivis si la pulpotomie est autorisée sur les dents permanentes matures pourquoi contre-indiquer le coiffage pulpaire dans la proposition 11, même si l'on peut penser qu'il y a une différence entre un adulte de 18 ans et de 70 ans en potentiel de régénération pulpaire. Néanmoins les techniques de coiffage sont une alternative intéressante à la pulpectomie
Expert 16	Qu'en est-il de la mise en place d'une digue dans le contexte d'une gencive inflammatoire ? La mise en place d'une digue dans le contexte d'une gencive non inflammatoire est quant à elle indiquée dans les actes bucco-dentaires non invasifs autorisés ne nécessitant pas d'antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I.
Expert 22	Odontologie pédiatrique : En désaccord avec la recommandation de contre-indication de réalisation d'une pulpotomie des dents permanentes matures chez l'adulte. Je caricature mais que fait-on chez une personne de 17 ans et 11 mois ? a la limite entre la pédiatrie et l'adulte....
Expert 25	il faut faire le distingo entre des actes à risque mais nécessaires sans délai : par exemple gestion d'un traumatisme dento alvéolaire, ou l'avulsion de certaines dents non conservables et des actes

	potentiellement différable ou facultatifs (chirurgie préorthodontique, implantologie...)
Expert 30	pour les Retraitement endodontique > préciser dans lésion inflammatoire apicale d'origine endodontique. Parodontologie > l'utilisation de protéines dérivées de la matrice amélaire me semble pouvoir être indiqué. Traumatologie > quid de la dent permanente mature qui a déjà été traitée endodontiquement ? En implantologie orale > ajouter le second temps chirurgical (pose du pilier implantaire en cas d'implant enfoui) Je placerais ici tout acte réalisé avec pose d'une digue
Expert 31	- Autorisation des actes d'implantologie chez les patients aux antécédents d'EI??? La lecture de l'argumentaire semble pourtant indiquer que la position du groupe de travail est de maintenir la contre-indication pour cette catégorie de patients. - Pulpectomie en denture temporaire? Il paraît difficile d'obtenir une désinfection complète de l'endodonte des dents temporaires, avec un risque infectieux majoré moyen terme.
Expert 32	Concernant la partie "Endodontie" : - les termes "pulpectomie" et "traitement endodontique" sont redondants. Est-ce que ce qui est sous-entendu est "traitement de dents à pulpe vitale et non vitale" ? Cela me semble important à préciser, d'autant plus dans la mesure où la distinction était faite dans les précédentes recommandations. - pour ce qui est du retraitement endodontique on perd ici la notion de présence ou absence de LIPOE qui contre-indiquait l'acte à la proposition 11, voir ce que j'ai écrit à la proposition 11. - par ailleurs, la notion de LIPOE n'est pas retrouvée dans un contexte de dents nécrosées alors qu'elle est majoritairement présente. Comment se comporter en cas de LIPOE symptomatique sur dent nécrosée dans le cas où le traitement endodontique et/ou l'antibiothérapie n'apporte pas de solution ? Concernant la partie chirurgie orale : - la chirurgie endodontique est parfois retrouvée dans la section chir. orale, parfois endodontie dans l'argumentaire. Il serait intéressant d'harmoniser voire de la faire apparaître dans les 2 sections pour rendre l'information plus facilement localisable. - l'amputation radiculaire est une technique obsolète, menant la plupart du temps à des prothèses mal adaptées et iatrogènes sur le plan parodontal, avec des difficultés d'hygiène pour les patients. Il ne me semble pas pertinent d'indiquer ce type de thérapeutiques chez les patients à haut risque d'EI, d'autant plus s'ils sont éligibles aux implants. - Les techniques d'autotransplantation impliquent une extraction parfois indiquée uniquement à visée d'autotransplantation alors même que ce sont les actes générant la bactériémie la plus importante. La préparation du site par forage est un acte hautement invasif nécessitant une plastie osseuse d'un volume bien supérieur à celui de la mise en place d'un implant. Par ailleurs, la dent auto-transplantée lorsqu'elle est mature doit recevoir impérativement un traitement endodontique dans les 7 à 10 jours, en 1 ou 2 séances selon qu'une médication hydroxyde de calcium sera envisagée. Enfin, les risques de résorption radiculaire externe inflammatoire et de résorptions de remplacement sont importants. Il ne me semble absolument pas pertinent de permettre ce type d'acte sur des patients à haut risque d'EI, d'autant plus que ces derniers deviennent éligibles aux thérapeutiques implantaires. - pour la partie odontologie pédiatrique : comme dit plus haut, je ne vois pas sur quelle base la pulpotomie sur dent permanente mature serait moins à risque chez l'adulte que chez l'enfant. Il faudrait faire un choix équivalent pour les deux populations sur la base de la maturité des dents et non pas de l'âge qui crée par ailleurs un effet seuil (à quel âge s'arrête le stade "enfant" ?)

Expert 36	La formulation suivante : "Actes bucco-dentaires invasifs (c'est -à- dire à risque de bactériémie) autorisés et nécessitant une antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. (grade A)" sous entend qu'il existerait des actes des actes à risque de bactériémie autorisés mais ne nécessitant pas une ATBP. Modifier Anesthésie : intraligamentaire et techniques ostéocentrales uniquement en 2nde intention Par : Anesthésie : intraligamentaire et techniques ostéocentrales, uniquement en 2nde intention
Expert 37	Il faudrait rajouter au niveau ORTHODONTIE, les micro-ostéoperforations comme acte invasif (à visée d'accélération du déplacement dentaire) ainsi que la réduction amélaire interproximale (RAIP ou stripping) qui suivant le matériel utilisé peut être invasif (bandes à stripper, disque rotatif ..). La RAIP est quelque chose d'assez fréquent lors des traitements avec gouttière d'alignement. Dans la phrase qui suit, situé 11 lignes afin la fin de la page 57, il faut mettre une virgule au niveau de 2,5% "La bactériémie est détectée dans ce cas-là dans 2.5% des cas, ce qui est plus faible que dans l'étude précédente, sans différence significative. "
Expert 41	Même question dans le paragraphe Parodontologie sur la CI du comblement/régénération si peu étendue et bénéfice pour la conservation de la dent est très favorable.
Expert 43	à ajouter : anesthésie en site infecté ou inflammatoire
Expert 46	J'émet des réserves pour la réimplantation en cas de traumatologie: réimplantation dans l'heure qui suit l'expulsion, engagement du patient à un suivi rapproché, présence d'un état bucco-dentaire assaini (absence de caries non traitées). je suis défavorable - à la pulpectomie d'une dent temporaire chez ces patients du fait de la complexité à réaliser une obturation radiculaire de qualité et parce que le recours à ce type de soin sous entend une absence de contrôle dentaire régulier préventif. - à la pulpectomie d'une dent permanente immature (en dehors du contexte traumatique) car cela sous entend une absence de contrôle dentaire régulier préventif. La pulpotomie en denture temporaire me paraît indiquée sous réserve du respect des protocoles: sous digue, avec reconstitution par CVI MAR ou par coiffe préformée si l'enfant a moins de 4 ans ou est polycarié ou si plus de 2 faces sont atteintes. La pulpotomie en denture temporaire me paraît contre indiquée sur les incisives et canines.
Expert 50	préciser Parodontologie : sondage parodontal, élimination mécanique professionnelle de la plaque et du tartre supra-gingival (détartrage, polissage, prophylaxie), élimination mécanique professionnelle de la plaque et du tartre sous-gingival (instrumentation ou débridement sous-gingival), gingivectomie... Préciser les recommandations pour le drainage d'un abcès parodontal et la dépose implantaire chez les patients à haut risque d'E.I.
Expert 51	élément déjà étayé dans les précédentes recommandations et la littérature et repris récemment notamment pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193.
Expert 54	techniques ostéocentrales..pas claires..préciser
Expert 56	Concernant l'endodontie, la formulation me semble imprécise et ne permet pas avec une lecture simple de

	comprendre dans quel cas il est possible ou non de faire un RTE Concernant l'odontologie pédiatrique - pour les dents temporaires, le taux de succès modéré de la pulpectomie sur molaires, en particulier dans un contexte carieux, pourrait selon moi limiter la pertinence de son indication chez des patients à haut risque d'EI - pour les dents permanentes matures, dans la mesure où la pulpotomie apparaît contre-indiquée chez l'adulte mais possible chez l'enfant, l'âge de 18 ans comme limite entre les deux est-il vraiment pertinent? Plus qu'un critère d'âge, ne faudrait-il pas retenir d'autres paramètres (volume pulpaire, lumière canalaire, depuis combien d'année la dent est-elle mature?)? Pour la traumatologie, dans le cas de dents permanentes très immatures non conservées dans un milieu adéquat et expulsées depuis plus de 60 minutes, la balance bénéfice risque chez le patient à haut risque d'EI ne doit elle pas plutôt favoriser la non réimplantation
Expert 58	attention au site d'implantation des minivis/ risque inflammation gencive poser la minivis sur gencive attachée
Expert 59	pourquoi l'endo ici et le RTE ? je ne comprends. idem avec la re-implantation ???

Quels sont les actes bucco-dentaires non invasifs autorisés ne nécessitant pas d'antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. ? (grade A)

Proposition_ 14

- Anesthésie locale en site non infecté
- Radiographie intra-buccale
- Perte spontanée ou provoquée des dents temporaires
- Préparation prothétique
- Mise en place d'une digue dans le contexte d'une gencive non inflammatoire
- Soins restaurateurs sans atteinte pulpaire
- Prise d'empreintes
- Mise en place et dépose de dispositifs orthodontiques collés ou scellés
- Dépose de mini vis d'ancrage
- Dépose des fils de suture

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.75

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	2	0	5	2	3	11	30	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.27	92.73

Expert	Commentaires
Expert 9	Pourquoi ne pas préciser, en préambule des recommandations, qu'il serait intéressant, quel que soit l'acte, d'utiliser des antiseptiques (bain de bouche systématique, décontamination locale...) ? Peut-être préciser le contexte ? Etat inflammatoire de la gencive; situation de la dent en cas de préparation prothétique (limite supra gingivale...)
Expert 10	Compte tenu du diamètre de la vis et du contact direct modulaire osseuse / cavité buccale, l'ablation de vis d'ancrage nécessite une antibioprophylaxie chez ces patients à haut risque
Expert 12	le libellé "mise en place de la digue dans le contexte d'une gencive non inflammatoire" me semble très peu clair... la gencive est souvent un peu inflammatoire ... par ailleurs que faire de cette recommandation dans les cas de pose de crampon de digue dans la gencive sur des dents délabrées ou en éruption qui sont le quotidien de notre pratique ... je privilégierai une recommandation simple : "pose de digue supra gingivale : pas d'antibioprophylaxie" "pose de digue infra-gingivale : antibioprophylaxie"
Expert 20	Que signifie perte spontanée ou provoquée des dents temporaires dans ce paragraphe actes bucco-dentaires non invasifs autorisés ? Quel est le geste ?
Expert 23	je ne comprends pas pourquoi la perte spontanée des dents temporaires est classée comme un acte bucco-dentaires
Expert 31	"Mise en place d'une digue dans le contexte d'une gencive non inflammatoire" : Difficile de savoir en amont du soin si la gencive sera inflammatoire ou non lors du RDV où le geste est prévu. D'autre part, la littérature mentionnée dans l'argumentaire évoque une bactériémie de 24 à 54% lors de la mise en place de la digue
Expert 32	Je modifierai la phrase suivante "Soins restaurateurs sans atteinte pulpaire" en la remplaçant par "Soins restaurateurs de lésions carieuses sans anticipation de risque d'effraction pulpaire" Ici la question posée est celle de la gestion des lésions carieuses profondes (dernier tiers dentinaire) pour lesquelles on sait qu'il existe un risque d'effraction pulpaire au cours du curetage carieux. Or, si les coiffures restent contre-indiqués cela signifie qu'il faut aller vers de l'endodontie et que l'acte aurait nécessité une antibioprophylaxie. Il faut avoir une réflexion sur la pertinence de mettre en place une antibioprophylaxie sur les lésions carieuses profondes par anticipation du risque non négligeable d'effraction pulpaire

Expert 35	Je ne suis pas d'accord pour classer ici la mise en place de la digue qui selon moi devrait être dans les actes nécessitant une antibioprophylaxie tout comme la pose de cordonnets retracteurs pour la réalisation d'empreinte ainsi que le pose de dispositifs orthodontiques scellés (je parle bien de la pose pas de la dépose). Il y a un manque de cohérence par rapport aux éléments de l'argumentaire.
Expert 36	La formulation n'est pas claire : "Quels sont les actes bucco-dentaires non invasifs autorisés ne nécessitant pas d'antibioprophylaxie chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. ? (grade A)" elle tend à induire en erreur le lecteur. Tout acte bucco-dentaire non invasif est autorisé et aucun acte non-invasif ne nécessite de d'ATBP. Donc la formulation est piégante Je propose comme titre "Quels sont les actes autorisés ne nécessitant pas d'ATBP chez le patient à haut risque de survenue d'EI" première phrase en dessous : "Tous les actes non-invasifs (c'est-à-dire ne générant pas de bactériémie) sont autorisés chez le patient à haut risque de survenue d'EI et ne nécessitent pas d'ATBP"
Expert 37	La dépose de mini-vis peut parfait s'avérer plus délicate qu'il ne le parait avec notamment un risque de fracture.
Expert 39	Il faut ajouter "dans le contexte d'une gencive non inflammatoire" pour la mention "mise en place et dépose des dispositifs orthodontiques collés ou scellés"
Expert 51	élément déjà étayé dans les précédentes recommandations et la littérature et repris récemment notamment pour Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023:ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 .
Expert 54	Cf fichier joint
Expert 55	je ne vois pas en quoi l'anesthésie locale en site non infecté ne comporte pas de risque: c'est la brèche vasculaire (risque patent pour toute injection), qui fait le risque, en mettant en contact la flore buccale avec le sang, avec risque de bactériémie
Expert 56	- je pense qu'il faut être plus précis pour le type d'AL - Par perte provoquée des dents temporaires, qu'entendez-vous? les avulsions? Dans le cas d'une molaire temporaire extraite chez un enfant de moins de 6 ans, il s'agit d'un acte invasif - Concernant la mise en place de la digue, la gencive peut être non inflammatoire mais l'anatomie dentaire peut conduire à un clampage infragingival invasif
Expert 58	dépose de l'appareillage orthodontique sous antibioprophylaxie/ risque de saignement.et si gingivite : traitement avant dépose
Expert 59	empreintes = saignements ODF aussi je ne suis pas tranché.

Quelles sont les mesures de prévention de l'E.I (pour le patient et pour le praticien) chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I. ?

Mesures générales

Conseils aux praticiens (Grade A)

Proposition_ 15

- La prise en charge bucco-dentaire des patients à risque d'EI doit être multidisciplinaire et partagée entre les médecins généralistes, les cardiologues, les infectiologues et les praticiens de la cavité buccale.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	0	5	50	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	avec la réserve des disponibilités des uns et des autres
Expert 26	attention enlever le point interrogation à l'envers Je ne comprend pas cette phrase et sa mise en application en pratique Peut être écrire: En cas de doute sur le risque d'endocardite et sa prise en charge le spécialiste de la cavité buccale doit contacter le médecin généraliste ou le cardiologue ou l'infectiologue.
Expert 27	En fonction de la situation, la prise en charge concertée avec le médecin généraliste pourrait suffire. Il est assez compliqué d'avoir pour tous les patients à risque d'EI un infectiologue ET un cardiologue.
Expert 41	Spécialiste de la cavité buccale me paraît plus adapté que praticien
Expert 50	et la sécurité sociale Transmission automatique du statu à haut risque d'EI par la carte vitale (comme pour une ALD) pour intégration aux logiciels métiers dentaires car les patients n'ont pas toujours leur carte
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir
Expert 54	CF fichier

Expert 55	Qu'est-ce qu'on veut dire ici ? La phrase sonne bien, mais en pratique, on n'a que rarement l'opportunité de communiquer tous ensemble, et ce n'est pas indispensable. Il suffit de bien suivre les recos !
Expert 56	ajouter pédiatres

Proposition_ 16

- Les praticiens (généralistes et cardiologues) doivent participer à l'éducation du patient sur sa cardiopathie sous-jacente et sur le risque d'EI lié à celle-ci

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.83

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	4	52	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	essentiellement les cardiopédiatres
Expert 41	Médecins plutôt que praticiens
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir
Expert 56	ajouter pédiatres

Proposition_ 17

- Les praticiens de la cavité buccale doivent s'assurer que le patient possède une carte de prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.43

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	2	4	8	43	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.69	98.31

Expert	Commentaires
Expert 6	Encore mal connu, et parfois rupture de stock.
Expert 9	Manque de formation sur le sujet. Est-elle vraiment donnée au patient ? L'idée est bonne, mais peut-être que le contexte de son obtention est à retravailler.
Expert 16	Il pourrait être intéressant de préciser ce que les praticiens de la cavité buccale doivent faire si le patient ne possède pas de carte de prophylaxie de l'endocardite infectieuse alors qu'il y est éligible (orienter vers le cardiologue ?)
Expert 17	sous forme d'un carnet de santé dentaire . Concerne uniquement prophylaxie dentaire ?
Expert 22	Malheureusement, à l'heure actuelle, pas respecté du tout...
Expert 25	ou du moins vérifier la prise en compte de ce risque et d'une connaissance précise de ce risque par le patient.
Expert 26	En pratique ce n'est pas le cas car les patients n'ont pas de carte. Utilité de cette reco? éduquer les patients? Dans ce cas cette reco ne concerne pas que les praticiens de la cavité buccale mais aussi les autres médecins. Donc étendre cette reco à l'ensemble des praticiens
Expert 27	Une carte est un peu dépassée à l'heure actuelle et pas dynamique comme support, les informations devraient présentes sur la carte vitale (dossier médical partagé) ou accessibles en ligne.
Expert 28	Plutôt en amont, le cardiologue, pour que le patient puisse la montrer au praticien de la cavité buccale
Expert 30	j'ajouterais : "les cardiologues (comme les généralistes traitant?) doivent s'assurer que le patient soit en possession de carte de prophylaxie....) (un patient peut déménager et changer de médecin, perdre cette carte etc etc)
Expert 31	Je ne comprends pas pourquoi ce serait aux spécialistes de la cavité orale de s'en assurer! C'est à ceux qui la délivrent de s'en assurer, et de corriger le cas échéant. En pratique, si le chirurgien-dentiste s'aperçoit que le patient n'a pas cette carte en sa possession alors qu'il est à haut risque d'EI, il peut au mieux conseiller à son patient de se tourner vers son cardiologue/chirurgien cardiaque/infectiologue. Mais quelle est la conséquence de l'absence de cette carte pour un chirurgien-dentiste?? Aucune a priori, la présence ou l'absence de la carte ne conditionne

	pas la possibilité de prendre en charge le patient. Le praticien doit s'enquérir des antécédents médico-chirurgicaux du patient avant sa prise en charge, quels que soient les soins à réaliser.
Expert 32	Les praticiens de la cavité buccale et les cardiologues
Expert 41	Spécialiste de la cavité buccale me paraît plus adapté que praticien
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir
Expert 56	en pratique, le patient ne l'a souvent pas

Proposition_ 18

- Dans le cadre de la prévention de l'EI, il est indispensable que les différents praticiens informent les patients :

De l'importance du maintien de la santé générale, y compris orale (hygiène bucco-dentaire)
des bénéfices de l'antibioprophylaxie avant un geste bucco-dentaire invasif selon les modalités prescrites si la cardiopathie le justifie
du danger d'une automédication antibiotique (lors de douleur, fièvre ou en vue d'une consultation dentaire)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	1	4	51	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Plutôt que de simplement mettre "hygiène orale" entre (), ne faut-il pas ajouter : un suivi régulier chez le médecin traitant, et/ou infectiologue/cardiologue et chez le chirurgien-dentiste traitant est nécessaire ?
Expert 16	Peut être préciser dans le premier point le suivi: "de l'importance du maintien de la santé générale, y compris orale (hygiène et suivi bucco-dentaire)"

Expert 22	Faute d'orthographe à modalités
Expert 26	de l'importance du maintien de la santé générale, : je ne mettrais pas cette phrase qui me semble +++++ évidente pour tout un chacun
Expert 29	De l'intérêt d'une radio panoramique tous les 5 ans
Expert 30	j'ajouterais "les praticiens forment / éduquent les patients à une bonne hygiène bucco dentaire"
Expert 32	Proposition de reformulation : Remplacement de "des bénéfices de l'antibioprophylaxie avant un geste bucco-dentaire invasif selon les modalités prescrites si la cardiopathie le justifie" Par "De la nécessité d'une antibioprophylaxie avant certains gestes bucco-dentaires invasifs si la cardiopathie le justifie"
Expert 44	La phrase devrait être "hygiène générale" et non "santé générale".
Expert 45	Informé c'est bien mais former c'est mieux : aucune notion de la formation du patient au brossage et l'utilisation des brossettes n'est proposée. Très peu de professionnels le font
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir

Proposition_19

Ils doivent en outre les éduquer sur les symptômes bucco-dentaires qui doivent conduire à une consultation bucco-dentaire et une prise en charge rapide :

Erythème ou tuméfaction des gencives

Gingivorragie spontanée ou au brossage

Mobilité, déplacement dentaire, récession (déchaussement) ou perte des dents

Halitose

Gêne, inconfort ou douleur dans la bouche

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	3	7	47	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	définir "halitose" pour le commun des non-dentistes et des patients
Expert 9	Il faudrait prévoir un guide spécifique.
Expert 11	intérêt des fiches/flyers dédiés, disponibles pour tous les praticiens (médecins généralistes, pédiatres de premier recours en ambulatoire et aux urgences pédiatriques)
Expert 17	cellulite ? difficulté douleur lors d'une mastication
Expert 23	abcès?
Expert 27	ajouter un trauma dentaire (même sans exposition pulpaire)
Expert 28	signification de recession mise entr parenthèse (déchaussement): Je proposerai volontier la même chose pour Halitose (mauvaise haleine)
Expert 30	ajouter "suite à tout traumatisme ou choc sur une dent" peut etre ajouter : "toute modification de la teinte d'une dent (grise ou rouge)?"
Expert 32	Revoir la gradation des éléments +voir reformulation ci-dessous Douleur, gêne ou inconfort buccal Erythème ou tuméfaction gingivale Gingivorragie spontanée ou provoquée (brossage, alimentation) Mobilité, déplacement dentaire, récession (déchaussement) ou perte des dents Halitose
Expert 41	° mobilité dentaire, migration et apparition d'espace entre les dents, récessions gingivales (déchaussement) ° perte spontanée des dents
Expert 43	à ajouter : changement de teinte de la dent
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir
Expert 59	la douleur aussi +++ (risque infectieux potentiel)

Conseils aux patients (Grade A)**Proposition_20**

Les méthodes d'hygiène orale à appliquer chez tout patient à risque d'E.I. sont : le brossage dentaire au moins 2 fois par jour pendant au moins 2 minutes avec une brosse à dents, soit manuelle soit électrique, associé à l'utilisation de brossettes interdentaires.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.38

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	1	2	6	4	43	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 5	l'utilisation d'un fil inter dentaire doit être citée, c'est d'un usage très fréquent dans la population.
Expert 9	Il faudrait au moins ajouter : "de diamètres adaptés" pour les brossettes interdentaires. Idéalement même : "de bonne qualité" et ajouter "et dans une moindre mesure, de fil dentaire, dans les rares espaces ou la plus petite brossette interdentaire ne passerait pas.
Expert 11	comme chez tout le monde !
Expert 25	le recours au brossette doit être auparavant explicité aux patients pour éviter un traumatisme local
Expert 28	Ok pour la brossette interdentaire, mais à rajouter: après éducation du patient au bon usage de la brossette interdentaire pour en éviter l'usage traumatique, car si mal utilisée, cela blesse et peut donner l'effet inverse: risque d'endocardite infectieuse favorisés par microtraumatismes sur la muqueuse gingivale (Ei-dent duval et al. 2017 Clinical infectious disease)
Expert 30	ajouter "quotidiennes" après les brossettes interdentaires.
Expert 31	Suggestion : Ajouter le fil dentaire en plus des brossettes ("utilisation de brossettes inter dentaires et/ou du fil dentaire)?"
Expert 35	L'utilisation de brossettes interdentaires n'est pas inscrite dans les recommandations nationales et internationales chez les patients sans problème de santé parodontale. Il n'y a donc pas mesure à les recommander chez tous les patients à haut risque d'EI, uniquement qui présente une parodontite ou qui ont été traités pour une parodontite.
Expert 36	avec un dentifrice fluoré
Expert 41	° préciser brosse à dent à poils souples ° associer à l'utilisation de fil et/ou brossettes interdentaires (il faut aussi parler du fil pas que des brossettes)
Expert 42	Un oubli en fin de proposition : "...et/ou le passage de fil interdentaire"
Expert 45	Là encore il faut vérifier que le patient sait le faire
Expert 46	et un dentifrice avec un taux de fluorures respectant les recommandations européennes

Expert 49	l'utilisation du fil dentaire doit être nommée, c'est d'un usage très fréquent dans la population. aussi les cures dent silicone " dental picks"
Expert 50	de fil ou de brossettes interdentaires voir Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, Clarkson JE. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 4. Art. No.: CD012018. DOI: 10.1002/14651858.CD012018.pub2.
Expert 51	élément déjà présenté en précédentes recommandations et concernant plutôt la communication appropriée à avoir
Expert 56	ne faudrait il pas préciser l'usage d'un dentifrice à au moins 1000 ppmF ou bien d'un dentifrice avec un dosage de fluor adapté? Le fluor n'a pas d'impact direct sur la prévention des saignements mais en limitant le risque carieux il permet de diminuer le risque de lésions carieuses profondes nécessitant par la suite des traitements invasifs
Expert 59	comme tous les patients. (Cf recommandation HBD)

Proposition_ 21

Le suivi bucco-dentaire doit être systématique et au moins semestriel chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.82

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	0	4	52	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 18	pas dentiste
Expert 20	Le mieux serait trimestriel mais obtenir un RDV est très compliqué. Pourrait-on prioriser ces patients ?

Expert 30	j'ajouterai ce qui doit toujours être réalisé au cours de ces séances: particulièrement la révision des techniques d'hygiène orale et le détartrage, la maintenance péri implantaire (le reste est sous-entendu > réévaluation des restaurations, des caries dentaires etc etc)
Expert 50	En cas de parodontite, la fréquence du suivi recommandée est plus élevée (trimestrielle) voir Leow, N. M., Moreno, F., Marletta, D., Hussain, S. B., Buti, J., Almond, N., & Needleman, I. (2022). Recurrence and progression of periodontitis and methods of management in long-term care: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Periodontology, 49(Suppl. 24), 291-313. https://doi.org/10.1111/jcpe.13553
Expert 51	il a été difficile de retrouver une littérature abondante sur la fréquence mais; un contrôle au moins semestriel semble nécessaire

Proposition_ 22

Les patients doivent consulter un chirurgien-dentiste en cas de rougeur ou gonflement des gencives, saignement au brossage ou spontané, en cas de mobilité ou déplacement dentaire ...

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	3	0	3	3	49	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.69	98.31

Expert	Commentaires
Expert 5	Il convient de remplacer chirurgien dentiste par praticien de la cavité orale, les premiers n'étant pas les seuls à pouvoir être concernés
Expert 11	en pratique quelles sont les disponibilités des dentistes en "urgences"

Expert 26	je ne comprend pas à qui s'adresse cette reco? Aux patients? je ne la mettrais pas ou alors à formuler en fonction du destinataire
Expert 27	ajouter douleur et trauma dentaire
Expert 30	redondant avec l'item 19
Expert 32	Remplacer "gonflement" par "tuméfaction" pour harmonisation avec le point 19
Expert 42	Même remarque que pour la proposition 9 : les chirurgiens-dentistes ne sont pas les seuls à prendre en charge la santé bucco-dentaire des patients (exemple : stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux, chirurgiens oraux...). Il faut donc supprimer "chirurgien-dentiste" et remplacer par "praticien de la cavité buccale".
Expert 43	ou en cas de changement de teinte de la dent
Expert 49	Il convient de remplacer chirurgien dentiste par praticien de la cavité orale, les premiers n'étant pas les seuls à pouvoir être concernés

Proposition_ 23

La carte de prophylaxie de l'E.I. doit être apportée par les patients lors des consultations de chirurgie dentaire.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	3	1	5	47	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.69	98.31

Expert	Commentaires
Expert 5	remplacer "de chirurgie dentaire" par "de la cavité orale"
Expert 9	En pratique oui, mais que contient-elle ? Je n'ai pas l'impression qu'elle soit connue...
Expert 22	Malheureusement, à l'heure actuelle, pas respecté du tout...
Expert 26	je ne comprend pas à qui s'adresse cette reco? Aux patients? je ne la mettrais pas ou alors à formuler en fonction du destinataire

Expert 27	cela serait plus utile d'avoir un système dynamique informatisé
Expert 30	> redondant (à fusionner?) avec la proposition 17.
Expert 42	Même remarque que pour les propositions 9 et 22 : les chirurgiens-dentistes ne sont pas les seuls à prendre en charge la santé bucco-dentaire des patients (exemple : stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux, chirurgiens oraux...). Il faut donc supprimer "...de chirurgie dentaire" remplacer par "...auprès d'un praticien de la cavité buccale".
Expert 49	remplacer "de chirurgie dentaire" par "de la cavité orale"
Expert 50	difficile en pratique, il est urgent de réfléchir avec les instances sanitaires à un système informatisé plus performant

Proposition_24

Les piercings, notamment de langue, sont fortement déconseillés chez les patients à risque d'E.I.

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	1	1	5	43	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.89	98.11

Expert	Commentaires
Expert 11	comme chez tout le monde ! Tongue and lip piercings may damage teeth and gums. Br Dent J 233, 14 (2022). https://doi.org/10.1038/s41415-022-4480-7
Expert 26	je ne comprend pas à qui s'adresse cette reco? Aux patients? je ne la mettrais pas ou alors à formuler en fonction du destinataire les dentistes ne font pas de piercing
Expert 27	langue, lèvres, joue, interdentaire, split tongue
Expert 30	manque de justification pour statuer sur ce point
Expert 45	Pas d'argumentaire développé dans le texte mais a priori OK avec l'idée de faire le moins de geste

	invasif possible dans la cavité buccale
Expert 46	contre-indiqués
Expert 50	et de la lèvre inférieure
Expert 51	Les piercings linguaux constituent des portes d'entrées bactériennes déjà bien rapportées notamment : Yu CH, Minnema BJ, Gold WL. Bacterial infections complicating tongue piercing. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2010 Spring;21(1):e70-4. doi: 10.1155/2010/987059. PMID: 21358880; PMCID: PMC2852294.
Expert 54	tatouages muqueux ethniques

Mesures spécifiques de prévention de l'E.I. : volet médicamenteux

Antisepsie orale pré-opératoire chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I. lors de la réalisation de gestes bucco dentaires invasifs ou non invasifs

Proposition_ 25

Il est recommandé de réaliser un bain de bouche à la chlorhexidine (0,12% ou 0,20%) ou à la povidone iodée 10% pendant 1 minute avant tout geste bucco-dentaire qu'il soit invasif ou non. (Grade C)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	7	3	39	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Niveau de preuve bas, mais ça semble tout de même efficace, et peu d'effet secondaire, notamment pas d'impact sur l'antibiorésistance.

Expert 9	Je trouve que c'est mal mis en avant, il faudrait presque en faire un paragraphe introductif.
Expert 18	je ne sais pas
Expert 22	1 minute c'est long surtout avec de la povidone. Est-ce réalisable en pratique?
Expert 25	Cherry M, Daly CG, Mitchell D, Highfield J. Effect of rinsing with povidone-iodine on bacteraemia due to scaling: a randomized-controlled trial. J Clin Periodontol. 2007 Feb;34(2):148-55. doi: 10.1111/j.1600-051X.2006.01025.x. PMID: 17309589.
Expert 27	Les recommandations sont faibles
Expert 51	Element de grade C effectivement rapporté dans : Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 . Darouiche RO, Wall MJ Jr, Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. N Engl J Med 2010;362:18-26. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0810988
Expert 56	ne concerne que le + de 6 ans

Antibioprophylaxie avant un geste bucco-dentaire invasif chez le patient à haut risque d'E.I.

Proposition_ 26

Chez les patients à haut risque d'E.I., il est recommandé de prescrire une antibioprophylaxie dans l'heure qui précède un geste bucco-dentaire invasif. (grade A)

(cf. recommandation « conseils aux praticiens »)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	2	55	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 30	préciser la position en cas d'"oubli"? , comme une procédure dégradée ?
Expert 36	remplacer "conseils aux praticiens" par "conditions d'administration"
Expert 51	Element déjà rapporté dans les précédentes recommandations françaises de 2011 et notamment dans : https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/06/aae_antibiotic-prophylaxis.pdf Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023;ehad193. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193 .
Expert 54	preciser produit et dose (alternative en cas d'allergie à la pénicilline)
Expert 59	A discuter par rapport aux recommandations anglo-saxonnes. L'utilisation d'antibiotiques ne peut ni palier à L'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes à toutes pratiques de soins

Conditions spécifiques de réalisation d'actes bucco-dentaires invasifs autorisés chez le patient à haut risque de survenue d'E.I. par les spécialistes de la cavité orale

L'ensemble des recommandations en vigueur sur la prise en charge bucco-dentaire de la population générale s'applique également aux patients à haut risque d'E.I.

Implantologie orale et traitement de la maladie péri-implantaire

Proposition_ 27

L'implantologie est envisageable chez les patients à haut risque de survenue d'E.I. après analyse et évaluation des autres options thérapeutiques qui doivent être explicitées et proposées au patient.

L'antibioprophylaxie est recommandée avant toute chirurgie implantaire (Grade A).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.90

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	2	3	2	2	8	31	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.00	92.00

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 5	Confusion : Il y a deux phrases dans ce texte. La première doit bénéficier d'une gradation qui n'est pas "A", contrairement à la seconde. Si on décide de dépasser le principe de précaution (inscrit dans la constitution française) pour les actes d'implantologie chez les patients à HR d'EI pour s'aligner sur les autres pays, il n'y a pas d'arguments scientifiques forts pour les autoriser et si j'ai bien compris, il y a peu d'études sur la bactériémie en cas de péri-implantite.. la réponse à ce problème dans ces recommandations a été de développer ce qui prévient la péri-implantite, mais quid quand elle est là ?
Expert 6	OK pour l'antibioprophylaxie, mais je trouve difficile de faire la part des choses entre l'implantologie et les gestes de regeneration/ajout qui sont contre-indiqués chez les patients à haut risque.
Expert 9	Seulement une antibioprophylaxie ? et en cas de difficulté de cicatrisation muqueuse ? pas jusqu'à fermeture muqueuse ? Bain de bouche jusqu'à couverture muqueuse ? gel antiseptique ?
Expert 25	sous réserve d'une discussion du risque avec le cardiologue, entre autre sur le choix de l'antibioprophylaxie, et en l'absence de facteurs locaux aggravants (parodontopathie notamment)
Expert 26	je ne mettrais pas "après analyse et évaluation des autres options thérapeutiques qui doivent être explicitées et proposées au patient." car valable pour tous les patients De plus on a déjà dit avant qu'il n'y a pas de contre indication ... Enfin formuler une recommandation si besoin mais ici il n'y a pas de recommandation
Expert 30	préciser "avec ou sans enfouissement de l'implant, avec ou sans mise en charge ou en esthétique immédiate"? préciser la position quant à la combinaison de la chirurgie implantaire avec un acte mucogingival ajout d'une greffe conjonctive?.....) préciser la position quant au soulèvement de sinus (ex: technique de summers)
Expert 31	L'argumentaire et la bibliographie suggèrent de maintenir la contre-indication chez les patients aux antécédents d'EI, en raison du sur-risque de survenue d'un nouvel épisode
Expert 42	Il y a deux propositions différentes dans cette proposition. 1. "L'implantologie est envisageable chez les patients à haut risque de survenue d'E.I. après

	analyse et évaluation des autres options thérapeutiques qui doivent être explicitées et proposées au patient" : cotation 1 pour moi (désaccord total, application nécessaire du principe de précaution et probablement pas une recommandation de Grade A...) 2. "L'antibioprophylaxie est recommandée avant toute chirurgie implantaire" : cotation 9 (accord total et effectivement recommandation de Grade A)
Expert 43	cela me semble difficile à envisager pour les patients avec antécédents d'endocardite infectieuse
Expert 49	Confusion : Il y a deux phrases dans ce texte. La première doit bénéficier d'une gradation qui n'est pas "A", contrairement à la seconde. Si on décide de dépasser le principe de précaution (inscrit dans la constitution française) pour les actes d'implantologie chez les patients à HR d'EI pour s'aligner sur les autres pays, il n'y a pas d'arguments scientifiques forts pour les autoriser et si j'ai bien compris, il y a peu d'études sur la bactériémie en cas de péri-implantite..la réponse à ce problème dans ces recommandations a été de développer ce qui prévient la péri-implantite, mais quid quand elle est là ?
Expert 51	élément grade A notamment rapporté dans Hollingshead CM, Brizuela M. Antibiotic Prophylaxis in Dental and Oral Surgery Practice. 2023 Mar 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 36508534.

Proposition_ 28

La pose d'un implant requiert d'obtenir les conditions suivantes qui permettent de diminuer le risque de péri-implantite :

- Absence de foyers parodontaux (parodontite active, abcès)
- Absence de foyers infectieux bucco-dentaires apicaux
- Reconstitution prothétique permettant un accès adéquat à l'hygiène orale

Quand ces conditions sont réunies, il est recommandé d'obtenir l'adhésion du patient à un programme de maintenance (Grade A)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.28

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	2	5	5	32	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.13	97.87

Expert	Commentaires
Expert 3	je rajouterai que deux critères: 1) il faut que la zone d'implantation présente des conditions gingivales correcte avec présence de tissu kératinisé. 2) Intervention dans des conditions optimales d'asepsie: salle dédiée..
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 6	Mais si les conditions ne sont pas réunies? contre-indication ? précisez!
Expert 9	L'idée est bonne, mais : Je trouve la recommandation pas assez développée. Il faudrait ajouter des notions d'épaisseur des tissus gingivaux, de hauteur de tissu kératinisé, d'axe prothétique idéal également pour limiter le risque de péri-implantite. Que faire en cas de non oséointégration ?
Expert 13	Il faut aussi un environnement osseux et parodontal favorable pour assurer la maintenance à long terme
Expert 18	pas dentiste
Expert 22	Y a t'il un lien scientifique entre présence de foyers infectieux bucco-dentaires apicaux et péri-implantite? Il serait peut-être préférable de mettre dans la proposition 27: Après s'être assuré d'avoir éliminé les foyers infectieux bucco-dentaires péri-apicaux et parodontaux, l'implantologie est envisageable etc... OK pour les foyers parodontaux et péri-implantite
Expert 25	attention à ne pas confondre périimplantite et rejet précoce de l'implant ou complication infectieuse avant l'obtention d'une stabilité secondaire adéquat.
Expert 26	formuler plutôt sous la forme d'une reco: La pose d'un implant requiert :
Expert 27	au niveau terminologie ici il est précisé : Absence de foyers infectieux bucco-dentaires apicaux et plus haut dans le document on parle de LIPOE. Ne faudrait-il pas harmoniser les termes?
Expert 30	ajouter gingivite (proposer une réflexion quand aux prothèses vissées qui seront à privilégier pour le suivi péri-implantaire)
Expert 41	1/ Pas sur que l'absence de lésion apicale diminue le risque de péri-implantite. 2/ L'expression "foyers parodontaux" n'est pas adaptée : "l'absence de maladie parodontale, gingivite ou parodontite" suffit et est bien corrélée à la diminution du risque de péri-implantite 3/ On parle de "réhabilitation prothétique" et non de "reconstitution"
Expert 50	Reformuler : -Absence de parodontite ou ATCD de parodontite traitée et stable voir Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the

	Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S68-S77. https://doi.org/10.1111/jcpe.12940 F I
Expert 51	Oui,

Proposition_ 29

En cas de péri-implantite, il est recommandé que le traitement par lambeau d'accès soit réalisé sous antibioprophylaxie. L'objectif premier du traitement chirurgical de la péri-implantite est d'accéder à la surface de l'implant pour le débridement mécanique et la décontamination afin d'obtenir la résolution de la lésion inflammatoire. (accord d'experts)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	5	2	3	3	27	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Le traitement conservateur de l'implant en péri-implantite dépend de l'importance de cette dernière. Le choix de la thérapeutique varie en fonction de l'importance de l'atteinte osseuse et de l'activité de la péri-implantite (présence ou non de suintement). Il est difficile de s'assurer même après débridement de l'absence de bactérie sur la surface implantaire. Je pense qu'il ne faut pas exclure, après analyse clinique et radiographique, une dépose de l'implant présentant une péri-implantite en 1ère intention.
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 9	d'accord, mais quand privilégier le retrait de l'implant ? et alors, juste antibioprophylaxie ? ou jusqu'à cicatrisation muqueuse ?

Expert 18	pas dentiste
Expert 25	en cas de perimplantite débutante, un tel traitement peut s'envisager. toutefois, selon le degré de la perimplantite, cela revient à laisser un foyer inflammatoire chronique dans la bouche du patient.
Expert 26	je ne mettrais pas "L'objectif premier du traitement chirurgical de la péri-implantite est d'accéder à la surface de l'implant pour le débridement mécanique et la décontamination afin d'obtenir la résolution de la lésion inflammatoire." car ne correspond pas à une recommandation
Expert 30	modifier pour "en cas péri implantite, pour la phase chirurgicale, le traitement..." (pour ne pas oublier la phase non chirurgicale en amont) Préciser lambeau d'accès voir approche soustractive" (sous entendu avec des techniques telles que l'implantoplastie etc etc mais sans les nommer car aucune procédure référente actuellement)
Expert 50	Préciser si l'implantoplastie est autorisée ou non ?
Expert 51	Le point d'indécision provient du fait que je n'ai pas trouvé beaucoup de données de la littérature sur le taux de succès des traitements chirurgicaux de la péri-implantite. Différentes études présentent des taux de survie mais peu d'études portent sur les taux de succès (=guérison) suite à la prise en charge de la péri-implantite par voie chirurgicale ou les méthodologies employées diffèrent Roccuzzo, M, Layton, DM, Roccuzzo, A, Heitz-Mayfield, LJ. Clinical outcomes of peri-implantitis treatment and supportive care: A systematic review. Clin Oral Impl Res. 2018; 29(Suppl. 16): 331-350. https://doi.org/10.1111/clr.13287

Endodontie (grade C)

Proposition_ 30

- L'antibioprophylaxie est recommandée pour tout traitement ou retraitement endodontique

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	4	43	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 9	Juste antibioprophylaxie ? plus de recommandation de temps de traitement ?
Expert 25	je n'ai pas les compétences en tant que chirurgien maxillo-facial pour me prononcer sur le traitement endodontique.
Expert 51	Peu d'informations sur ce point mais élément également reporté notamment dans : https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/06/aae_antibiotic-prophylaxis.pdf

Proposition_ 31

- Les traitements et retraitements endodontiques sont possibles, hormis les contre-indications suivantes':

Dents qui ne peuvent pas être rendues fonctionnelles ni restaurées.

Dents dont le support parodontal est insuffisant.

Patients non observants

Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibio-thérapie de la symptomatologie.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.24

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	5	1	3	4	30	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 6	Mesures de bon sens!
Expert 9	donc RTE possible avec LIPOE si asymptomatique ? Quel est le % de succès des RTE et le contexte du succès ? Pas de différence dents monoradiculées / dents pluriradiculées ? "Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibiothérapie de la symptomatologie." Pas de durée pour attendre la résolution de la symptomatologie ?
Expert 22	Faute d'orthographe à antibiothérapie
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 27	Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibio-thérapie de la symptomatologie oui mais ne pourrait-on pas aussi simplement dire si échec d'antibiothérapie (une un mot) (qu'il y ait une LIPOE ou non)
Expert 30	Dernier item > non en accord avec la proposition 11. Sur le tableau II.2 (Aide à la décision en Endodontie Situation 2: Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE), l'information de résolution après l'antibiothérapie n'est pas explicite. que fait on si la dent la LIPOE ne guérit pas 3 mois après le (re)traitement endodontique > chir apicale ? avulsion?
Expert 31	Il faut impérativement clarifier/simplifier le logigramme d'aide à la décision en endodontie
Expert 32	Concernant le point "Dents symptomatiques traitées endodontiquement avec LIPOE sans résolution par antibio-thérapie de la symptomatologie." Voir les commentaires laissés aux propositions 11 et 13. Apparition de la notion de symptomatologie avec une nuance qui n'apparaissait pas dans ces 2 points.
Expert 41	Je mettrai en 1er : patients non observants. C'est pour toutes le situations le critères numéro 1!
Expert 51	il est difficile de présenter une liste exhaustive de toutes les situations contre-indiquées, la question pourrait également être posée sur les dents présentant des fêlures, des lésions endo-parodontales...
Expert 59	compliqué à évaluer.

Proposition_ 32

- Le protocole de réalisation des traitements endodontiques doit inclure :

- la désinfection de la digue et des dents isolées par hypochlorite de sodium
- l'emploi d'aide optique (incluant loupes)
- une technique limitant l'extrusion de débris septiques
- la désinfection complète du système canalaire à l'issue de la première séance
- un nombre de séances le plus limité possible, avec utilisation d'une médication intracanaire entre les séances,
- la réalisation d'une obturation coronaire étanche entre les séances
- un suivi radiologique à 1, 2 et 4 ans.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.67

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	2	3	1	2	9	20	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.26	89.74

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 13	je rajouterai un suivi à 6 mois la première année
Expert 17	Notion de plateau technique, rigueur thérapeutique et suivi possible
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	je ne comprend pas pourquoi détailler des protocoles pour endo et pas le reste????? j'imagine que ce protocole est standard et pas spécifique du risque endocardite
Expert 30	préciser que ces recommandations sont également adaptées aux RTE Pour les RTE, informer de l'intérêt d'un CBCT pré opératoire?
Expert 32	Commentaires sur les différents points évoqués : - la désinfection de la digue et des dents isolées par hypochlorite de sodium --> Proposition de reformulation : "la désinfection de la digue et des dents isolées à l'aide d'une compresse imbibée d'hypochlorite de sodium" - l'emploi d'aide optique (incluant loupes) --> OK - une technique limitant l'extrusion de débris septiques --> la tournure de cette phrase est trop vague difficilement traduisible techniquement. Je propose de reformuler comme suit : "un protocole de mise en forme corono-apicale progressive incluant l'utilisation d'un localisateur d'apex électronique pour la mesure de la longueur de travail dans l'objectif de limiter la sur instrumentation et l'extrusion de débris intracanaux dans le péri apex" - la désinfection complète du système canalaire à l'issue de la première séance --> D'un point de vue biologique, cette situation ne peut pas être atteinte avec certitude. La notion de désinfection complète ne fait pas sens en endodontie. Par ailleurs, il faut réfléchir à ce qu'implique d'exiger cette mise en forme/désinfection complète à l'issue de la 1ère séance. Les praticiens pouvant se demander quelle est la conduite à tenir s'ils ne peuvent pas tenir cet objectif... Proposition de reformulation : "autant que possible une mise en forme complète du système canalaire"

	à l'issue de la première séance avec irrigation antiseptique abondante (hypochlorite de sodium)" - un nombre de séances le plus limité possible, avec utilisation d'une médication intracanalair entre les séances --> OK pour le nombre de séance réduit à son strict minimum, préciser de quelle type de médication intra canalaire on parle. Actuellement, l'hydroxyde de calcium fait référence. Si le niveau de détail est trop élevé alors préciser au minimum "médication canalaire antiseptique type hydroxyde de calcium". - la réalisation d'une obturation coronaire étanche entre les séances --> proposition de reformulation : "la réalisation d'une obturation coronaire étanche entre les séances dont la stabilité peut passer par la nécessité d'une reconstitution pré endodontique" - un suivi radiologique à 1, 2 et 4 ans --> rajouter un suivi à 6 mois parait pertinent, d'autant plus que c'est la fréquence de suivi global recommandé pour ces patients.
Expert 44	Il pourrait être intéressant de détailler les techniques limitant l'extrusion des débris septiques, en particulier pour les praticiens non spécialistes pratiquant les gestes d'endodontie (cf. pièce jointe).
Expert 50	La recommandation d'emploi d'aide optique ne me semble pas applicable à l'ensemble des cabinets de chirurgie dentaire
Expert 51	à noter - la phrase "une technique limitant l'extrusion de débris septiques" pourrait sembler un peu floue pour l'omnipraticien la phrase "un nombre de séances le plus limité possible" pourrait également ne pas être très précise, mais définir le nombre exact à ne pas dépasser peut apparaître complexe
Expert 52	Un suivi radiologique à 1, 2 et 4 ans systématisé est en contradiction avec le principe de justification qui doit primer lors de l'utilisation des rayonnements ionisants.
Expert 56	Je ne comprends pas la proposition: la désinfection de la digue et des dents isolées par hypochlorite de sodium
Expert 59	(aide optique loupe ou microscope)

Orthodontie

Proposition_ 33

Les traitements orthodontiques sont autorisés chez les patients à haut risque de survenue d'E.I. (Grade A)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	5	9	35	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.89	98.11

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 9	ajouter : "si un suivi bucco-dentaire et parodontal trimestriel est instauré"? et reprendre une partie des conclusions de l'argumentaire ?
Expert 13	Il convient de réaliser une maintenance parodontale rigoureuse compte tenu du risque d'accroissement gingival lié à la pose de certains dispositifs orthodontiques
Expert 19	mieux définir pose de minivis ? points de vigilance particuliers (inflammation gingivale, ...) ?
Expert 22	A la condition du maintien d'une bonne hygiène orale
Expert 25	sauf parodontopathie non contrôlée
Expert 29	Sous condition d'une parfaite hygiène bucco-dentaire
Expert 30	préciser sans chirurgie orthognatique?
Expert 41	Si le risque carieux est faible et en l'absence de maladie parodontale non traitée
Expert 44	Avec une surveillance et une hygiène orale parfaite.
Expert 46	sous réserve du maintien d'une bonne hygiène orale
Expert 48	Préciser : actes orthodontiques sans intrusions muqueuses (pondérer pose de bague qui peuvent être infragingivales et engendrer un saignement) car étude suisse en contradiction avec l'américaine (plus ancienne)
Expert 50	préciser sous quelles conditions spécifiques comme le suivi régulier (dépistage maladie parodontale) et observance hygiène orale comme pour les traumatismes dentaires et alvéolaires ci-après
Expert 51	document effectivement bien défini dans Leong JW, Kunzel C, Cangialosi TJ. Management of the American Heart Association's guidelines for orthodontic treatment of patients at risk for infective endocarditis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2012 Sep;142(3):348-54. doi: 10.1016/j.ajodo.2012.05.002. PMID: 22920701.
Expert 58	Chez les patients compliants. CI en cas d'hygiène dentaire insuffisant malgré éducation.

Traumatismes dentaires et alvéolaires**Proposition_ 34**

La prise en charge des traumatismes dentaires et alvéolaires est autorisée chez les patients à haut risque d'E.I. Les patients et les parents/tuteurs doivent être informés de la nécessité des

soins à apporter, du suivi clinique et radiographique régulier, et du maintien d'une bonne hygiène orale. (grade A)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	1	2	10	37	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.96	98.04

Expert	Commentaires
Expert 9	Il serait intéressant de préciser le contexte, et de donner plus de critères de réimplantation. Repréciser ceux de l'IADT ?
Expert 13	qu'est ce qu'un suivi régulier, il est précisé dans la proposition 32 et pas ici alors qu'il y a plus de risques de nécrose ou de résorption.
Expert 17	la réimplantation est -elle contre indiquée ?
Expert 25	les traumatismes relèvent par essence de l'urgence, et nécessitent dans tous les cas une prise en charge car des complications infectieuses en cas de soins insuffisants, retardés ou absents sont possibles.
Expert 26	le suivi clinique et radiographique régulier n'est pas assez précis.
Expert 51	Il est à noter que les traumatismes dentaires et alvéolaires recouvrent des situations très hétérogènes et que la littérature est relativement faible sur le sujet. Dans le cadre des traumatismes dentaires (notamment avec exposition pulpaire), différentes thérapeutiques ont été proposées selon l'état pulpaire avec coiffage pulpaire direct pour la dent immature. Ces thérapeutiques incluent apexification avec bouchon de ciment silicate de calcium, après fermeture apicale avec séances d'hydroxyde de calcium, revascularisation...
Expert 52	Le suivi radiographique doit être justifié par la présence de signes cliniques à moins que sa systématisation ait prouvé son intérêt (pas évident selon les références).

Quelles sont les indications et les modalités de la prophylaxie

antibiotique ?

Population concernée

Proposition_ 35

Seuls les patients à haut risque de survenue d'E.I, doivent faire l'objet d'une antibioprophylaxie avant la réalisation d'un geste bucco-dentaire invasif (c'est -à-dire à risque de bactériémie). (grade A)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	2	0	1	0	1	7	43	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 5	Les maladies parodontales sont un facteur prédisposant à la bactériémie en raison de l'environnement infectieux de la poche parodontale et du manque d'intégrité épithéliale. La prescription d'une antibioprophylaxie doit être appréciée par le professionnel de la cavité buccale en fonction de la présence de maladies parodontales y compris chez les patients à risque intermédiaire d'EI.
Expert 25	du point de vue de la prévention de l'EI, oui ceci dit, un patient sans risque de survenue d'EI peut justifier d'une antibioprophylaxie en cas de geste bucco dentaire invasif simplement pour éviter une complication locale infectieuse dudit geste. la question me semble donc mal formulée.
Expert 28	Si l'on considère la bicuspidie aortique comme à haut risque
Expert 42	L'indication d'antibioprophylaxie s'applique également chez les patients à risque intermédiaire d'EI (si présence de maladies parodontales par exemple, qui ont un facteur prédisposant à la bactériémie). Il ne s'agit donc, pour moi, pas d'une recommandation de Grade A.
Expert 46	rajouter les patients porteur de bicuspidie aortique et prolapsus de la valve mitrale (Zegri-Reiriz I, et al Infective Endocarditis in Patients With Bicuspid Aortic Valve or Mitral Valve Prolapse. J Am Coll Cardiol.

	2018 Jun 19;71(24):2731-2740)
Expert 49	Les maladies parodontales sont un facteur prédisposant à la bactériémie en raison de l'environnement infectieux de la poche parodontale et du manque d'intégrité épithéliale. La prescription d'une antibioprophylaxie doit être appréciée par le professionnel de la cavité buccale en fonction de la présence de maladies parodontales y compris chez les patients à risque intermédiaire d'EI.
Expert 51	données déjà établies dans le précédent référentiel ainsi que dans l'ESC 2023 Guidelines

Modalités de l'antibioprophylaxie (AP) grade A

Proposition_ 36

Etes-vous d'accord avec le tableau décrivant les modalités de l'antibioprophylaxie ? (Cf. page 16 du texte des recommandations)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.84

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	3	3	7	3	2	34	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.55	92.45

Expert	Commentaires
Expert 1	et la doxycycline chez l'allergique?
Expert 9	faire 1. et 2. pour la partie molécule du paramètre "pas d'allergie" 500mg Azithromycine/ Clarithromycine seulement ? aucun sujet sur le Métronidazole ? ou Augmentin ?
Expert 12	je trouve très complexe de proposer dans les recommandations de prescrire de la pristanmycine (en cas d'allergie à la pénicilline) qui est hors AMM dans ce cadre-là.

	quel praticien s'autorisera à le faire dans son cabinet ?
Expert 15	absence de clarté pour l'omnipraticien si allergie aux pénicillines avec la cefalexine, il va se trouver perdu pour le choix de l'antibio
Expert 20	Que donner à l'enfant de moins de 6 ans en cas d'allergie aux pénicillines ? Ce n'est pas très clair entre les recommandations (tableau page 16) et le texte (élaboration des recos P107) concernant Clindamycine et Pristinamycine chez l'enfant. Il pourrait être nécessaire de préciser dans le tableau p16 la clindamycine n'est plus recommandée. la pristinamycine est hors AMM donc faut-il privilégier l'azithromycine ?
Expert 22	Je n'ai pas assez de connaissances sur les molécules citées notamment la cefalexine qui ne rentre pas pour l'instant dans notre arsenal thérapeutique "habituel" A confirmer par infectiologue
Expert 24	je ne comprends pas l'intérêt de mettre Pristinamycine comme alternative à la place de la Doxycycline
Expert 25	Lean SSH, Jou E, Ho JSY, Jou EGL. Prophylactic antibiotic use for infective endocarditis: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2023 Aug 22;13(8):e077026. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077026. PMID: 37607797; PMCID: PMC10445353.
Expert 26	pourquoi ne pas se coller sur recommandations internationale? Avons nous une spécificité épidémiologique en France?
Expert 28	pourquoi proposer ceftriaxone/cefazoline au même rang qu'amox IV pour antibioprophylaxie IV? je ne proposerai volontier que pour les allergies pénicilline pour raison d'écologie bactérienne Pristinamycine: la aussi déconseillé pour les enfants de moins de 6 ans, risque de fausse route. En pratique les pediatres ne l'utilise JAMAIS car, comprimés énormes, même en dosage 250 mg. Certe c'est pilable, mais une fois pilé, il s'agit probablement d'un des médicaments qui a le plus mauvais gout de la terre, aucun enfant (et peu d'adulte) n'accepterait de le prendre. je retirerai chez enfant. Et enfin, le risque de colite pseudomembraneuse est-il vraiment si différent que pour la clindamycine? (fréquent pour les 2 ATB dans votre tableau 6.1.1.12 page 101 dans l'argumentaire, mais pas d'étude spécifique internationale pour pristinamycine, car médicament franco-français). Azythro-clarythro: je comprends l'inquiétude du risque de CID sous clindamycine et le glissement vers macrolide, mais les CID finalement assez rares, on les remplacera par un risque d'interaction médicamenteux qui par la force du nombre peut poser au moins autant de problème (on ne le saura qu'après): la population à haut risque d'EI présente une prévalance élevée de coadministration d'AVK (surtout les prothèse valvulaire et obligatoire pour valves méca), d'anticoagulant direct, d'antiarythmique ou bêta-bloquants ou statines. Certe le risque en prise unique est faible avec clarithromycine car effet compétitif: en rapport avec la demi vie du produit, même si intrinsèquement l'interaction est importante+++ sur cytochromes. Mais si l'on fait cela chez des patients, sous anticoagulants, pour lequel l'hémostase des soins dentaire doit déjà être soigneuse, pourquoi en rajouter? et pour le QT... Pour l'azithromycine, l'interaction intrinsèque par inhibition enzymatique est moins forte, mais la demie vie d'élimination est longue, donc l'effet cumulatif plus long: risque d'effet plus retardé. (Et aussi impact écologique bactérien plus long aussi de ce fait). Pourquoi ne pas avoir plutôt positionné la Spiramycine, seul macrolide à 16 carbones qui n'interagit pas-ou peu avec le CYP3A4, qui allonge moins le QT (en IV et forte dose) et a une demi vie courte?

	En tout état de cause, vu le % de résistance aux différents streptocoques (>30%), la troisième ligne par macrolide doit être LIMITÉE AU MAXIMUM, je pense que cela doit être textuellement clairement explicité en amont ou aval du tableau, et qu'il faut aussi écrire et insister sur la nécessité d'un bilan allergologique pour les patients supposés allergiques à tort mais non prouvé afin de pouvoir clairement favoriser le traitement de première intention par Amoxicilline ou deuxième intention par céfalexine à la fois plus efficace et moins dangereux.
Expert 31	La proposition de prescription de la Cefalexine en cas d'allergie à la pénicilline, alors même qu'il n'y a pas de publication justifiant ce choix dans les reco de l'AHA et que c'est contre-indiqué chez les patients ayant fait une réaction "après la prise de pénicillines en lien avec des réactions croisées", est très surprenante. D'autre part, il est spécifié dans l'argumentaire que les comprimés de Cefalexine ne sont pas écrasables, ce qui le contre-indique chez les enfants de moins de 6 ans. De même, la proposition de prescription de la Pristinamycine en 2e choix en cas d'allergie aux pénicillines, alors qu'elle se fera hors AMM (et donc sans prise en charge!) paraît discutable, d'autant plus si la Cefalexine est maintenue en 1er choix en cas d'allergies à la pénicilline : les praticiens se reporteront plus facilement sur la Pristinamycine car ils ne connaissent pas la Cefalexine et qu'elle est notée dans le tableau comme contre-indiquée chez les patients ayant fait une réaction après "prise de pénicillines en lien avec des réactions croisées". Pourquoi ne pas proposer l'azithromycine ou la clarythromicine comme première alternative en cas d'allergies à la pénicilline? Y a-t-il beaucoup de QT long chez les patients à haut risque d'EI??
Expert 33	Il faut préciser quand il est recommandé d'utiliser la voie orale ou la parentérale Pour les posologies pédiatriques il est impératif de préciser "sans dépasser les posologies de l'adulte" Pour la pristinamycine préciser à partir de 6 ans dans la colonne enfants (et le supprimer de la céfalexine erreur dans le tableau!)
Expert 34	Amoxicilline 2g per os: OK+++ (biblio) Ampicilline 2g IV/IM: OK+++ (biblio) Ceftriaxone/Cefazoline 1g IV: OK mais aucune donnée biblio... Allergie à la péni: 1- Cefalexine: OK+++ 2- Pristinamycine (= streptogramine A+ streptogramine B): c'est une recommandation empirique, il n'y a aucun support bibliographique. En effet, contrairement à ce qu'il y a d'écrit dans l'argumentaire, l'article de Plainvert et al. ne mentionne pas que les souches de streptocoques oraux sont sensibles à la pristinamycine. En revanche, 50% des souches ont un phénotype MLSb constitutif et 5% possèdent le gène LSa. 3- Azithromycine/Clarithro: OK+++ (4)- Pourquoi ne proposez-vous pas la doxycycline? En conclusion, la recommandation pour la pristinamycine ne peut reposer que sur un accord d'expert.
Expert 38	Compte tenu des données présentées dans le rapport d'élaboration et l'absence de données d'efficacité de la céfalexine et de la pristinamycine, chez les allergiques à la pénicilline, je proposerais l'azithromycine en 1ère intention et pristinamycine et cefalexine uniquement en cas de contre-indication à l'azithromycine. Il faudrait ajouter impérativement une recommandation de consultation en allergologie chez les personnes étiquetées allergiques à la pénicilline.

Expert 41	1/ OK pour arrêt de la CLINDAMYCINE du fait du risque de C.difficile même en prises itératives 2/ Mes points de blocage sont : - la CEFALEXINE est un antibiotique inconnu complet pour les chirurgiens dentistes. Le risque c'est que quand on connaît pas ... on fait pas ... - la CEFALEXINE reste une bêta-lactamine. Dans ma pratique, quand un patient se dit allergique aux pénicillines, comment savoir s'il ne l'a pas aussi aux autres bêta-lactamines? Il est très rare que le patient le sache lui-même. Je comprends bien que la CEFALEXINE est recommandé par l'ESC et l'AHA mais il va y avoir un TRES GROS TRAVAIL d'enseignement aux chirurgiens dentistes sur la CEFALEXINE elle-même et les notions d'allergies aux PENICILLINES vs BETALACTAMINES
Expert 43	Je ne suis pas convaincu par la céfalexine dans l'antibioprophylaxie des gestes buccodentaires car il n'existe pas de données sur l'efficacité de la céfalexine sur les bactériémies orales
Expert 44	La prescription en première ligne de céfalexine en cas d'allergie aux pénicillines interroge dans la mesure où il existe un risque faible mais non nul de réaction allergique croisée à cette molécule chez les patients allergiques aux pénicillines. Ceci semble d'ailleurs être mentionné dans les contre-indications de cette molécule dans le tableau P108. Ainsi, sans autre précision dans l'argumentaire, il semble difficile de comprendre pourquoi prescrire cette molécule en première intention au risque de créer une allergie croisée.
Expert 50	La situation des patients allergiques à la pénicilline n'est que peu applicable : pas d'alternative sans CI ou hors AMM
Expert 51	le tableau reprend le tableau des recommandations des recommandations : 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines
Expert 56	préciser que pour la pristinamycine, l'usage est réservé au plus de 6 ans (comprimés)

Conditions d'administration (grade A)

Proposition_ 37

- L'antibioprophylaxie (AP) doit être administrée dans l'heure qui précède l'acte bucco-dentaire invasif

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	5	51	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 51	élément déjà repris dans la précédente recommandation

Proposition_ 38

- En cas d'oubli d'administration de l'AP avant le geste, l'AP peut être administrée jusqu'à 2 heures suivant le geste

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.93

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	1	0	3	1	6	2	37	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.55	92.45

Expert	Commentaires
Expert 9	Quelle conséquence légale de l'écrire ? Et quelle conséquence biologique ? Même dose donc ?
Expert 25	non il faut insister sur la nécessité de réaliser l'AP au préalable (1h avant) pour éviter une bactériémie. On peut reformuler en disant que si le protocole recommandé n'a pas été suivi, un traitement AP doit être réalisé dès que possible, en étant conscient d'un moindre bénéfice sur la prévention du risque de survenue d'EI

Expert 28	Sur qui repose le grade A de cette préconisation?
Expert 36	changer "suivant" par "après"
Expert 38	Aucune donnée ne permet d'étayer cette proposition à ma connaissance. Je supprimerais cette phrase.
Expert 44	L'autorisation de prescrire une antibioprophylaxie jusqu'à 2 heures après le geste en cas d'oubli ne semble pas soutenue par la littérature (mais par un avis d'expert dans de précédentes recommandations ?) alors qu'il est clairement démontré une bactériémie précoce après les gestes bucco-dentaires. Faut-il comprendre qu'une greffe bactérienne endocardique ne peut avoir lieu de façon significative dans les 2 premières heures du geste à l'origine de la bactériémie ?
Expert 51	peu d'éléments trouvés sur la durée post soins mais élément pouvant être rattaché à: de Jonge SW, Gans SL, Atema JJ, Solomkin JS, Dellinger PE, Boermeester MA. Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017 Jul;96(29):e6903. doi: 10.1097/MD.0000000000006903. PMID: 28723736; PMCID: PMC5521876.

Proposition_ 39

Dans la mesure du possible, il est recommandé d'espacer d'au moins 3 semaines les actes itératifs nécessitant une antibioprophylaxie

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.89

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	2	4	2	5	4	35	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.41	92.59

Expert	Commentaires
Expert 6	Niveau de preuve limité

Expert 13	le délai entre les séances me semble trop long
Expert 28	Grade A la aussi?! Les études montrent une flore déséquilibrée et résistante en colonisation orale, mais pas une augmentation du risque d'EI à germe résistant. C'est de la théorie. Je ne suis pas sûr que la mise en balance du risque d'acquisition de résistance en cas d'exposition antibiotique courte et répétées qui motive j'imagine cette recommandation, vs. le risque infectieux et d'endocardite en laissant traîner des soins dentaires nécessaires sur une trop longue période soit en faveur de cette stratégie.
Expert 32	Si le traitement endodontique ne peut pas être fait en une seule séance, l'augmentation du délai entre les séances peut conduire à une augmentation du risque de contamination via la restauration de temporisation.
Expert 41	J'entends votre argumentaire basé sur le risque de résistance bactérienne mais la mise en pratique est très complexe. Si l'on imagine une situation clinique pas si rare d'un patient à haut risque d'EI nécessitant : 1 PEC parodontale non chir en 2 séances, 2 avulsions dans 2 secteurs, 2 traitements endodontiques = 6 séances, soit 6x3 = 18 semaines, c'est à dire > de 4 mois!! Ca veut dire laisser 4 mois le patient avec des foyers infectieux à risque ou si c'est dans un bilan pré-chir (2ème remplacement ou post EI) demander au chir cardiaque un délai de 4 mois!!! Ce qu'il refusera. En pratique le bénéfice de la diminution de la résistance bactérienne VS le sur risque infectieux, la perte de chance sur le retard de la chir cardiaque ou la perte de chance sur la PEC dentaire est-il toujours favorable? Je serais pour ne pas garder cette recommandation en l'état.
Expert 44	Valable mais peu applicable en pratique quotidienne, surtout pour les patients ayant de nombreux foyers infectieux bucco-dentaires à éliminer rapidement (avant chirurgie valvulaire par exemple).
Expert 50	Cette reco n'est pas applicable pour la phase 2 du traitement des parodontites (assainissement parodontal en 2 à 6 séances espacées d'une semaine). Sachant que le protocole de désinfection globale en 1 séance n'est pas recommandé pour les patients à risque cardiovasculaire voir Graziani, F., Cei, S., Orlandi, M., Gennai, S., Gabriele, M., Filice, N., & D'Aiuto, F. (2015). Acute phase response following full mouth versus quadrant non-surgical periodontal treatment: A randomized clinical trial. Journal of Clinical Periodontology, 42, 843-852. https://doi.org/10.1111/jcpe.12451 Sanz M, Marco del Castillo A, Jepsen S, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020;47:268-288. https://doi.org/10.1111/jcpe.13189 Appendix 1

Proposition_ 40

- S'il n'est pas possible d'espacer d'au moins trois semaines des gestes invasifs itératifs, il est recommandé de changer d'antibiotique prophylactique

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.80

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	8	1	4	3	30	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 6	Niveau de preuve limité
Expert 9	Cela veut dire que pour les Traitements endodontiques ou pour les traitements parodontaux en plusieurs séances, il faut changer de molécule systématiquement ? Quoi que, pour les traitements parodontaux, on peut espacer de 3 semaines sans problème. D'ailleurs, rien sur l'espacement des séances pour traitements parodontaux ? Ne vaut-il pas mieux justement espacer les séances / prévoir plusieurs séances pour limiter la bactériémie ?
Expert 13	c'est ce qu'il y avait dans les plus anciennes recommandations
Expert 22	Je n'ai pas assez de connaissances sur le sujet
Expert 25	je n'identifie aps de bénéfice ici Je pense toutefois que cela peut plutôt entrainer des résistances supplémentaires Hussein H, Montesinos-Guevara C, Abouelkheir M, Brown RS, Hneiny L, Amer YS. Quality appraisal of antibiotic prophylaxis guidelines to prevent infective endocarditis following dental procedures: a systematic review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2022 Nov;134(5):562-572. doi: 10.1016/j.oooo.2022.07.012. Epub 2022 Jul 25. PMID: 36153302.
Expert 28	quelle évidence-based reel sur le risque d'EI reistante? simple extrapolation sur données de colonisations Et en plus on augmente le risque d'utilisation de molécules de 3 ligne, moins efficaces et plus risquées (interaction).
Expert 38	Pas de données mais c'est du bon sens. J'ajouterais il est recommandé dans la mesure du possible.
Expert 41	Cf question précédente. Complicquer la prescription de l'antibioprophylaxie est un risque qu'elle ne soit pas prescrite ou que ces patients se retrouvent à nouveau mis à la porte de certains cabinets de ville qui trouveront la situation trop

	complexe. Je serait pour ne pas garder cette recommandation en l'état.
Expert 50	difficilement applicable compte tenu du faible nombre de molécules administrables per os recommandées surtout chez le patient allergique à la pénicilline (soit hors AMM, soit présentant des CI)
Expert 56	compliqué en pratique chez l'enfant de moins de 6 ans

Proposition_ 41

- Chez les patients recevant une antibiothérapie de courte durée (7-10 jours) pour une indication autre que dentaire, il est recommandé de reporter les soins dentaires nécessitant une AP d'au moins 10 jours après la fin du traitement antibiotique.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.53

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	4	0	6	2	2	5	28	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.42	89.58

Expert	Commentaires
Expert 4	évaluer le type d'antibiothérapie
Expert 6	Pourquoi ne pas bénéficier de l'antibiothérapie en cours, si supposée efficace sur les germes de l'EI?
Expert 9	Car on part du principe qu'il y a déjà une infection et qu'il est préférable de limiter les bactériémies = donc c'est pour ça qu'on ne fait pas le soin en profitant justement de cette couverture ATB ? Si impossible de reporter, on garde la même posologie ? On ajouter une molécule ?
Expert 13	il est recommandé "si possible"
Expert 15	et quid des patients sous antibio pour durée un peu plus longue et semi urgence de l'acte?
Expert 19	sauf urgence (infection, traumatisme, ...)
Expert 22	Même si les molécules utilisées pour l'infection autre que dentaire rentrent dans le cadre des soins dentaires nécessitant une AP ? Par exemple, ne peut-on pas "profiter" de l'antibiothérapie pour

	réaliser le geste dentaire invasif et éviter une nouvelle prise antibiotique?
Expert 25	sauf si l'ATB utilisé est efficace en prévention du risque de survenue d'EI, et que l'infection traitée n'est pas elle même centrée sur la cavité buccale / les voies aérodigestives supérieures
Expert 28	Quelle évidence-based? simple extrapolation sur données de colonisations Ce risque théorique d'infection EI à germe résistant est-il vraiment avéré et chiffré?
Expert 30	peut-on réaliser les actes dentaires en considérant l'antibiotique prescrit ? (ex: le patient est sous augmentin et cet antibiotique couvre les bactériémies orales)
Expert 31	A préciser : si l'antibiothérapie en cours couvre le spectre des germes de la cavité orale (amoxicilline, amoxi-clav, pristinamycine, tazocilline etc...), les soins doivent-ils également être reportés ou peuvent-ils au contraire être effectués, sans AB prophylaxie?
Expert 38	Cela dépend du spectre de l'antibiothérapie mais cela paraît raisonnable. Aucune donnée. Je nuancerais en écrivant il est préférable plutôt que il est recommandé.
Expert 41	Je n'ai pas trouvé l'argumentaire sur ce point
Expert 44	Cette recommandation semble peu applicable en pratique quotidienne et peu soutenue par une preuve scientifique formelle.
Expert 53	tout dépend de l'antibiotique utilisé? Si Amox/cephalexine/Azithro/pristinamycine, se discute la PEC dentaire en cours d'antibiothérapie curative?
Expert 55	on peut aussi effectuer les soins sous antibiothérapie indiquée pour une autre raison
Expert 56	ce serait bien de préciser ce qu'il faut faire si patient sous antibiothérapie courte pour une indication dentaire

Quels sont le suivi et la prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque de survenue d'E.I et des patients hospitalisés pour une E.I. ?

Suivi et prise en charge bucco-dentaire des patients à haut risque de survenue d'E.I. (grade B)

Proposition_ 42

Les objectifs sont de prévenir un épisode ou une récurrence d'E.I. chez tous les patients à haut risque de survenue d'E.I. par :

- la détection et la prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires
- le maintien de la bonne santé orale

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.86

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	0	4	52	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 26	formuler sous forme de recommandation
Expert 32	Il pourrait être pertinent d'évoquer la nécessité de suivi des signes d'appel de l'EI chez les patients ayant reçu des soins invasifs bucco-dentaires dans les semaines qui suivent le geste.
Expert 36	la détection précoce et la prise en charge
Expert 41	Il faut rajouter en 1er point : - l'éducation du patient à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins bucco-dentaire adaptés à sa situation cardiaque PUIS - la détection et la prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires REEMPLACER par - la mise en place d'un programme de suivi de la bonne santé orale
Expert 51	données déjà renseignées dans les précédentes recommandations et celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Proposition_ 43

Il est recommandé une consultation bucco-dentaire systématique au moins semestrielle.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.90

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	6	50	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Difficile à implémenter en pratique
Expert 20	Le mieux serait consultation trimestrielle (comme patient à risque de caries élevé)
Expert 26	annuelle dans certains cas
Expert 51	données déjà renseignées dans les précédentes recommandations et celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines élément également repris dans : Cotti, Elisabetta & Cairo, Francesco & Bassareo, Pier & Fonzar, Federica & Venturi, M & Landi, Luca & Parolari, Alessandro & Franco, Vittorio & Fabiani, Cristiano & Barili, Fabio & Gulizia, Michele & Borzi, M & Campus, Guglielmo & Musumeci, F. & Mercuro, G. (2019). Perioperative dental screening and treatment in patients undergoing cardiothoracic surgery and interventional cardiovascular procedures. A consensus report based on RAND/UCLA methodology. International Endodontic Journal. 53. 10.1111/iej.13166.
Expert 59	attention à l'accès au soins dans les zones à faible densité démographique de CD. inégalité des chances.

Proposition_ 44

L'évaluation et un rappel sur l'importance du maintien de l'hygiène bucco-dentaire doivent être réalisés à chaque consultation.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.94

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	4	54	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	se pose le problème de l'observance !
Expert 26	formuler sous forme de recommandation: A chaque consultation il est recommandé de
Expert 30	et une éducation
Expert 36	le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire
Expert 51	données déjà renseignées dans les précédentes recommandations de la HAS 2011

Proposition_ 45

Chaque consultation comporte un examen clinique oral approfondi à la recherche d'un foyer infectieux dentaire, muqueux, osseux ou parodontal.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	5	50	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 6	Difficile à implémenter en pratique
Expert 9	L'ajout du mot "sondage parodontal" serait vraiment une plus-value.
Expert 26	formuler sous forme de recommandation:
Expert 28	Chaque consultation bucco-dentaire
Expert 30	à chaque consultation "semestrielle",.... ajouter la réalisation du détartage semestriellement.
Expert 44	La phrase serait mieux formulée au pluriel (foyers infectieux dentaires, muqueux, osseux ou parodontaux).
Expert 50	ce qui implique un sondage parodontal donc sous AP
Expert 51	déjà défini dans les précédentes recommandations
Expert 59	comme toutes les consultations.

Proposition_ 46

Un orthopantomogramme (OPT) est recommandé en début de prise en charge et peut être complété au cas par cas par des clichés intra-buccaux voire une imagerie tridimensionnelle (CBCT ou Cone Beam Computed Tomography).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	1	1	0	6	44	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.70	96.30

Expert	Commentaires
Expert 9	Oui, mais il faut aller plus loin peut-être ? Trouver une formulation pour aller un peu plus vers le CBCT : dès qu'une atteinte des dents maxillaires est suspectée ?
Expert 17	clichés rétro coronaire de dépistage chez jeune enfant et enfant?
Expert 27	Pas assez précis, si traitement endodontique et que l'on souhaite évaluer la présence de LIPOE : il faut

	une imagerie 3D
Expert 30	doit être complété au minimum de rétro coronaires (plus adapté pour la détection des caries précoces) et de rétro alvéolaires en cas de traitement endodontique
Expert 32	Si on veut faire un vrai dépistage, il faut recourir au CBCT dès lors qu'il y a des raisons qu'il puisse exister un foyer bucco-dentaire (caries profondes, soins profonds, dents traitées endodontiquement, trauma...). Sans recommander le CBCT de manière systématique, sa nécessité pourrait être évoquée de manière plus ferme quand on connaît les limites d'analyse des examens 2D. La proposition 47 va dans ce sens.
Expert 51	En présence de dents traitées endodontiquement même asymptomatiques, un examen CBCT pourrait sembler nécessaire (plutôt que du simple complément) dans la mesure où la détection de LIPOE sur orthopantomogramme et radiographie rétroalvéolaire est très faible. Il a été rapporté que le praticien changeait de 50% son diagnostic et de 55% sa prise de décision avec un examen complémentaire CBCT (Chogle et al. JOE - 2020 - The Recommendation of Cone-beam Computed Tomography and Its Effect on Endodontic Diagnosis and Treatment Planning). Le risque d'irradiation semble inférieur au risque de persistance d'un foyer infectieux bucco-dentaire.

Proposition_ 47

Le suivi est individualisé selon les besoins diagnostics (les modalités de l'imagerie peuvent aller de l'OPT à l'imagerie 3D selon les recommandations de bonne pratique).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	2	1	0	4	43	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 9	ajouter en règle générale pour le CBCT : si l'OPT ne permet pas d'objectiver l'ensemble des zones et

	organes d'intérêt ?
Expert 16	De quelles recommandations de bonne pratique s'agit-il ?
Expert 21	diagnostiques
Expert 25	principe de justification optimisation limitation
Expert 26	n'est pas spécifique du risque EI... je ne mettrais pas
Expert 30	mais au minimal 2/an. Rq : l'aide à la décision endodontique "tableau I.2 Aide à la décision en Endodontie. Situation 2: Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE" est complexe (à mes yeux, confuse)" Ex: > ajouter douleur à la palpation > Pourquoi l'attitude clinique est modifiée selon le besoin de changer la restauration prothétique (alors que c'est le (re)traitement canalaire) qui est le point crucial de ce traitement? Si le traitement est de qualité satisfaisante, le besoin de refonte de la pièce prothétique conduit ici à l'avulsion. Cela me semble non justifié.
Expert 38	besoins diagnostiques (c'est un épithète) ou les besoins du diagnostic
Expert 44	L'écriture correcte devrait être "besoins diagnostiques".
Expert 50	besoins diagnostiques
Expert 51	En présence de dents traitées endodontiquement même asymptomatiques, un examen CBCT pourrait sembler nécessaire dans la mesure où la détection de LIPOE sur orthopantomogramme et radiographie rétroalvéolaire est très faible. Il a été rapporté que le praticien changeait de 50% son diagnostic et de 55% sa prise de décision avec un examen complémentaire CBCT (Chogle et al. JOE - 2020 - The Recommendation of Cone-beam Computed Tomography and Its Effect on Endodontic Diagnosis and Treatment Planning). Le risque d'irradiation semble inférieur au risque de persistance d'un foyer infectieux bucco-dentaire.

Une aide à la décision en endodontie est détaillée dans l'Annexe 2 (situation I)

Suivi et prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés pour une E.I. (Grade A)

Proposition_ 48

Cette situation concerne des patients hospitalisés pour une E.I pour la grande majorité dans des centres tertiaires.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	4	0	1	3	35	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.44	95.56

Expert	Commentaires
Expert 21	Cette phrase est-elle nécessaire ? utile ? Qu'apporte-t-elle ?
Expert 26	ok mais ce n'est pas une reco
Expert 28	Cela porte à confusion, certes en effet les Ei sont le plus souvent prises en charge en centre tertiaire, mais ce n'est pas le sujet, centre tertiaire ou pas, il faut faire une consult dentaire. Cette situation concerne des patients hospit pour une EI, où qu'ils soient
Expert 31	Centre tertiaire à définir. Je doute que les chirurgiens-dentistes omnipraticiens soient tous à l'aise avec ce vocabulaire.
Expert 54	E.I.

Proposition_ 49

Une consultation pour recherche de foyers infectieux bucco-dentaires doit être impérativement programmée chez tout malade atteint d'E.I, quel qu'en soit le microorganisme responsable, et ce, dès que l'état du patient le permet, dans le but d'éradiquer la porte d'entrée et /ou prévenir une récurrence.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.95

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	1	54	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 26	j'aurais écrit réalisée plutôt que programmée
Expert 54	E.I. Parler peut être ici de l'inutilité ou pas du prélèvement à visée bactériologique
Expert 59	mais par qui ?

Proposition_ 50

ette consultation comporte un examen clinique oral approfondi et un orthopantomogramme de première intention si l'état du patient le permet.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30	Valeur de cotation	Libellé
	1	Désaccord total
	9	Accord total
	10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	1	0	0	3	4	43	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.41	92.59

Expert	Commentaires
Expert 9	L'ajout du mot "sondage parodontal" serait vraiment une plus-value. Il faudrait ajouter le CBCT, avec une formulation similaire aux autres points plus hauts.
Expert 26	on l'a déjà écrit avant???
Expert 28	Je pense que l'orthopantomogramme est un préalable indispensable à la consultation pour examen clinique approfondi. ne pas mettre si l'état du patient le permet.
Expert 32	Chez les patients qui sont hospitalisés pour une EI, le CBCT est à mon sens impératif et pourrait être envisagé en 1ère intention, l'enjeu est trop important pour passer à côté d'un foyer infectieux d'origine bucco dentaire.

Expert 36	complété par un CBCT en cas de doute
Expert 47	Un CBCT devrait réalisé en première intention
Expert 50	avec ou sans sondage parodontal ? il semble plus réaliste de réaliser un examen clinique oral standard chez ces patients hospitalisés puis de recommander un examen clinique oral approfondi avec sondage parodontal dans un second temps
Expert 51	si le centre est équipé et en présence de dent traitée endodontiquement, un examen CBCT associé semble nécessaire pour éviter de ne pas diagnostiquer une LIPOE
Expert 54	à la recherche d'un foyer infectieux ou d'une lésion ostéolytique maxillo-mandibulaire

Quelle est la prise en charge bucco-dentaire des patients qui doivent avoir un geste valvulaire, qu'il soit chirurgical ou percutané, de remplacement ou de réparation ?

Patient nécessitant un geste valvulaire en urgence (72 h) (accord d'experts)

Proposition_ 51

Aucun geste bucco-dentaire ne doit retarder le geste valvulaire.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	4	4	41	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
	4	9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Où alors rajouter : mais un geste bucco-dentaire peut-être programmé en urgence, en amont ? Si l'origine orale est évidente et à risque important?
Expert 31	A condition qu'aucun foyer infectieux actif ne vienne compromettre le succès et la pérennité de la prise en charge chirurgicale

Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines
Expert 54	S'il est possible très rapidement et efficacement et en accord avec le chirurgien vasculaire, on pourra organiser le geste dentaire : il en va du bénéfice optimal pour le patient

Proposition_ 52

Après la procédure, une consultation pour recherche de foyers infectieux bucco-dentaires doit être impérativement programmée, dès que l'état du patient le permet.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.84

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	5	48	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 30	ajouter une éducation à l'hygiène orale doit être effectuée (> assurer au moins un brossage efficace réduira la bactériémie) Ajouter la proposition d'utiliser des brosses à dents antiseptiques povidone iodée ou chlorhexidine 1min 2/jour dans les 72h dans les jours qui précède le geste valvulaire.
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Patient nécessitant un geste valvulaire programmé (accord d'experts)

Proposition_ 53

Le patient doit être informé par son cardiologue, son chirurgien cardiaque et/ou son chirurgien-dentiste, qu'il va devenir à haut risque de survenue d'E.I. dans les suites du geste

valvulaire.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	1	1	51	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Il convient de remplacer chirurgien dentiste par praticien de la cavité buccale, les premiers n'étant pas les seuls à pouvoir être concernés
Expert 41	tournure de phrase "va devenir" ...
Expert 42	remplacer "chirurgien-dentiste" par "praticien de la cavité buccale" (cf. commentaires au sujet des propositions 9, 22 et 23)
Expert 49	Il convient de remplacer chirurgien dentiste par praticien de la cavité orale, les premiers n'étant pas les seuls à pouvoir être concernés
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Proposition_ 54

Une carte spécifiant son niveau de risque de survenue d'E.I. doit lui être remise.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.93

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	2	54	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Quelle forme ? Que doit-elle contenir en plus du niveau de risque ?
Expert 27	une carte n'est pas dynamique, nécessité d'informatiser
Expert 36	remise par qui ? il faudrait standardiser cette étape : le chirurgien ? le cardiologue ?
Expert 50	préciser par son cardiologue
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Proposition_ 55

Une consultation pour recherche de foyers infectieux bucco-dentaires doit être impérativement programmée, avant le geste valvulaire. Cette consultation doit être la plus précoce possible afin de permettre le plus de choix possibles de traitements notamment conservateurs (parodontaux, endodontiques).

La consultation comportera un examen clinique oral approfondi à la recherche d'un foyer infectieux dentaire, muqueux, osseux ou parodontal et un orthopantomogramme de première intention.

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	6	48	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	Proposition à souligner et sur laquelle insister
Expert 9	L'ajout du mot "sondage parodontal" serait vraiment une plus-value.
Expert 17	radiographie enfant ? orthopantomogramme à partir de 6 ans ? avant à l'appréciation de la situation clinique (abstention de clichés, rétro coroanaire)
Expert 30	voir proposition pour autres radios (> proposition 46) et un détartrage
Expert 32	Je rajouterais la notion suivante : Si l'orthopantomogramme révèle la présence de dents susceptibles de présenter des foyers infectieux (dents traitées endodontiquement, lésions carieuses ou restaurations profondes, dents présentant des antécédents de traumatismes...) il devra être complété par un CBCT dont la taille du champ sera adaptée à la situation. Le CBCT est autant utile dans le dépistage des LIPOE que dans l'établissement d'une planification et pronostic de retraitement dans une situation où des décisions d'abstention thérapeutique / retraitement endodontique / extraction doivent être pris.
Expert 41	Tournures de phrases : - "choix possibles de traitement" VS "options thérapeutiques notamment traitements conservateurs"
Expert 44	La dernière phrase serait mieux formulée au pluriel (foyers infectieux dentaires, muqueux, osseux ou parodontaux).
Expert 47	la nécessité de réaliser un CBCT devrait être évoqué dans les recommandations.
Expert 50	ce qui implique un sondage parodontal donc sous AP
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines En présence de dent traitée endodontiquement, si cela est possible un examen CBCT semble nécessaire pour compléter la consultation du fait du risque élevé de ne pas diagnostiquer de LIPOE

Proposition_ 56

L'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires doit être réalisée au moins 15 jours avant la procédure valvulaire dans la mesure du possible.

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	6	2	41	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 27	Pas assez précis, L'éradication ne tient pas compte du délai de cicatrisation.
Expert 28	je n'ai pas de notion exacte du temps de cicatrisation habituel, 15 jours, c'est peut-être long en définitive. et de manière pragmatique, même pour du programmé, cela risque de faire long: 1ere consult dentaire, puis soins (parfois plusieurs séances), encore 15 jours...
Expert 36	Pas de notion de cicatrisation si une avulsion a été nécessaire ?
Expert 51	peu d'éléments retrouvé sur la durée exacte mais une durée de 15 jours semble adéquat compte tenu des temps de cicatrisation gingivaux
Expert 54	procédure

Proposition_ 57

Le patient doit être informé de l'importance du maintien de l'hygiène bucco-dentaire et d'un suivi bucco-dentaire au moins semestriel dans les suites du geste valvulaire.

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	0	0	1	51	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.70	96.30

Expert	Commentaires
Expert 26	déjà dit avant?
Expert 28	importance du maintien PERMANENT de l'hygiène bucco-dentaire
Expert 30	et éduquer à l'hygiène orale + voir mes commentaires proposition 47
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Remarque : Dans la pratique clinique courante, la question de conservation des dents traitées endodontiquement avec des images de traitement endodontiques insuffisants associées ou non à des signes cliniques est récurrente chez les patients à haut risque de survenue d'E.I., chez les patients en attente d'une chirurgie valvulaire, et chez les patients à risque intermédiaire. Une aide à la décision concernant la prise en charge des dents traitées endodontiquement avec ou sans LIPOE est détaillée en Annexe 2.

Proposition_ 58

La décision d'un retraitement endodontique (RTE) doit être prise en fonction du statut à haut risque d'E.I. du patient et du délai de l'intervention de remplacement valvulaire :

En cas de remplacement valvulaire dans un délai court inférieur à 1 mois : un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE est contre-indiqué chez un patient, à risque intermédiaire d'E.I., qui doit subir une chirurgie de remplacement valvulaire dans le mois

Un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE peut être indiqué exceptionnellement chez un patient à haut risque d'E.I. après résolution de la symptomatologie initiale par antibiothérapie, à condition que le rapport bénéfice/risque soit jugé favorable

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.05

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	1	1	9	2	3	3	21	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	11.63	88.37

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 5	Pas d'accord sur la deuxième partie de la proposition, cela ne doit tout simplement pas être autorisé.
Expert 6	Je ne sais pas, difficile de se positionner en l'absence d'études valables sur le sujet.
Expert 9	Je me perds avec les schémas en annexe... L'idée est bonne, mais ça me semble compliqué. Peut-être faire plus simple ?
Expert 22	La phrase "Un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE peut être indiqué exceptionnellement chez un patient à haut risque d'E.I. après résolution de la symptomatologie initiale par antibiothérapie, à condition que le rapport bénéfice/risque soit jugé favorable" ne serait-elle pas plutôt à mettre plus haut dans les actes dans 2.2 ?
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	La première reco devrait être formulée: un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE est contre-indiqué chez un patient, à risque intermédiaire d'E.I., qui doit subir une chirurgie de remplacement valvulaire dans le mois" je ne crois pas que la deuxième reco soit en accord avec logigramme?
Expert 27	Un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE peut être indiqué exceptionnellement chez un patient à haut risque d'E.I. après résolution de la symptomatologie initiale par antibiothérapie, à condition que le rapport bénéfice/risque soit jugé favorable : cela laisse supposer qu'il faille nécessairement attendre le résultat d'une antibiothérapie avant le RTE?
Expert 31	- Réintroduire la notion de risque intermédiaire peut semer la confusion dans l'esprit des praticiens. Si possible, simplifier le 1er item en "un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE est

	contre-indiqué chez un patient devant subir un remplacement valvulaire dans le mois" - Le 2è item aborde les patients à haut risque d'E.I, alors que la proposition 58 s'inscrit dans le cadre de la prise en charge des patients en attente d'un remplacement valvulaire programmé. Cet item n'a pas sa place ici et crée une grande confusion dans la compréhension des nouvelles recommandations.
Expert 32	"En cas de remplacement valvulaire dans un délai court inférieur à 1 mois : un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE est contre-indiqué chez un patient, à risque intermédiaire d'E.I., qui doit subir une chirurgie de remplacement valvulaire dans le mois" Proposition de reformulation avec simplification : En cas de remplacement valvulaire dans un délai court inférieur à 1 mois les RTE sur dent symptomatique présentant une LIPOE sont contre-indiqués chez les patients à risque intermédiaire d'E.I "Un RTE sur une dent symptomatique présentant une LIPOE peut être exceptionnellement indiqué chez un patient à haut risque d'E.I. après résolution de la symptomatologie initiale par an-tibiothérapie, à condition que le rapport bénéfice/risque soit jugé favorable" Je rajouterais entre parenthèses (évaluation de la faisabilité et du pronostic du retraitement endodontique au cas par cas). L'annexe 2 est trop compliquée et ne traduit pas exactement le texte ci-dessus. Il en est de même pour l'annexe 1.
Expert 41	1/ tournure de phrase rend la compréhension de la proposition 58 premier point compliquée 2/ OK pour proposition 58 point 2
Expert 42	Deux propositions en une. D'accord pour la première proposition (cotation 9). Pas d'accord pour la 2ème proposition (cotation 1) : l'extraction de la dent est indiquée.
Expert 43	à la condition que le RTR soit réalisé dans les conditions précédemment citées (aide optique, ...)
Expert 49	Pas d'accord sur la deuxième partie de la proposition
Expert 50	pas clair, les deux proposition ne cible pas les mêmes patients (risque intermédiaire/ risque élevé) et pas de notion de délai pour la deuxième situation à reformuler de plus les situations du logigramme en annexe ne correspondent pas à l'ordre chronologique des reco (manque de clarté)
Expert 59	beaucoup trop compliqué ! en cas de LIPOE = pas de RTE !

Annexe 1. Détail des cardiopathies valvulaires à haut risque d'E.I

Proposition_ 59

Les cardiopathies valvulaires à haut risque regroupent tous les patients qui ont eu un geste de réparation ou de remplacement sur une valve cardiaque, que ce soit par une chirurgie cardiaque (ouverture du thorax) ou par une procédure percutanée (par ponction fémorale ou autre abord vasculaire). Ceci inclut

- Les prothèses valvulaires

Mécaniques à disques ou à ailettes qui sont toutes posées par voie chirurgicale

Biologiques

- posées chirurgicalement
- posées par voie percutanée telles que le TAVI ou les prothèses pulmonaires percutanées (TPVI), mais aussi les nouvelles prothèses mitrale et tricuspide

Homogreffes (tissu humain cryopréservé)

- Les tubes valvés utilisés sur les valves aortique (Bentall) et pulmonaire, qui comprennent une prothèse valvulaire insérée dans un tube qui remplace une partie du vaisseau
- Les matériels de réparation valvulaire

Utilisés lors de la chirurgie cardiaque : anneaux valvulaires, néocordages, '

Utilisés lors de procédures percutanées

- Clips valvulaires (MitraClip, TriClip, Pascal)
- Autres dispositifs percutanés d'annuloplastie (Cardioband, ...)

Par extension, tous les nouveaux matériels à destination d'un remplacement ou d'une réparation valvulaire actuellement en cours de développement devront être considérés comme étant à haut risque de survenue d'endocardite jusqu'à preuve du contraire

Ne font pas partie de ces cardiopathies à haut risque :

- Les matériels de stimulation intracardiaque (pace maker, défibrillateur, pace maker triple chambre en vue d'une resynchronisation,...)
- Les coronaropathies avec pontage ou stents coronaires

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	0	5	37	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Voir remarques précédentes.

Expert 17	intéressant, prise de contact avec cardiologue en cas de doute sur le type de remplacement et le risque d'endocardite engendré
Expert 22	Pas assez de connaissances sur ces différents dispositifs, plus du domaine du cardiologue
Expert 24	Les cardiopathies valvulaires à haut risque tous les patients qui ont eu un geste de réparation ou de remplacement sur une valve cardiaque, que ce soit par une chirurgie cardiaque (ouverture du thorax) ou par une procédure percutanée (par ponction fémorale ou autre abord vasculaire). Mieux Le patients à haut risque de survenue d'E.I. sont le patient qui ont bénéficié d'un geste de réparation ou de remplacement sur une valve cardiaque avec l'utilisation de matériel prothétique, que ce soit par une chirurgie cardiaque (ouverture du thorax) ou par une procédure percutanée (par ponction fémorale ou autre abord vasculaire). Néocordages (Fil en goretex) pas considéré matériel prothétique à risque endocardite
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	ok mais mettre dans un tableau
Expert 28	proposition d'ajouter bicuspidie aortique, que me semble, à la lecture de la littérature, et de mon expérience être une valvulopathie native plus à risque que les autres (voir réponse proposition 6).
Expert 51	élément repris dans les recommandations de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines

Tableau 1 : récapitulatif des patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I.

Proposition_ 60

Les patients à haut risque de survenue d'E.I. sont :

- Les patients ayant un antécédent d'E.I.,
- Les patients porteurs de prothèses valvulaires ou d'un matériel prothétique utilisé pour la réparation valvulaire cardiaque implanté par voie chirurgicale ou per/transcutanée (notamment les TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation ou implantation de valve aortique par voie percutanée, et clip valvulaires)
(Cf Annexe 1, liste des prothèses valvulaires ou matériel de réparation valvulaire considérés comme conférant un haut risque de survenue d'E.I.)
- Les patients ayant une cardiopathie congénitale et répondant à l'un des critères ci-dessous':
Cardiopathie congénitale cyanogène non réparée (ventricule unique, syndrome d'Eisenmenger, '),
Cardiopathie congénitale complexe* traitée à l'aide de matériel prothétique (anastomose systémico-pulmonaire, tube prothétique ou autre prothèse), placé chirurgicalement ou par méthodes transcutanées, jusqu'à 6 mois après l'intervention de réparation ou à vie s'il subsiste un shunt résiduel ou une régurgitation valvulaire, notamment le canal atrio-ventriculaire (CAV), le tronc artériel commun, la tétralogie de Fallot, l'atrésie pulmonaire à septum ouvert, ...
- Les patients porteurs d'assistance ventriculaire

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	2	2	44	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.00	98.00

Expert	Commentaires
Expert 9	Cependant, voir remarques précédentes.
Expert 17	intéressant, prise de contact avec cardiologue en cas de doute sur le type de remplacement et le risque d'endocardite engendré
Expert 26	ok mais mettre dans un tableau
Expert 28	proposition d'ajouter bicuspidie aortique, que me semble, à la lecture de la littérature, et de mon expérience être une valvulopathie native plus à risque que les autres (voir réponse proposition 6). les LVAD ne me semblent pas beaucoup plus à risque d'EI dentaires que les porteurs de PM/DAI. Ils s'infectent beaucoup +++ mais cuténée sur drive-line, germes souvent multiresistants, autant limiter pression de selection chez ces patients?
Expert 31	"jusqu'à 6 mois après l'intervention de réparation ou à vie s'il subsiste un shunt résiduel ou une régurgitation valvulaire, notamment le canal atrio-ventriculaire (CAV), le tronc artériel commun, la tétralogie de Fallot, l'atrésie pulmonaire à septum ouvert," : A CLARIFIER (le listing correspond-il aux cardiopathies congénitales complexes visées par l'astérisque??)
Expert 51	élément déjà défini dans les précédentes recommandations de 2011 et repris dans celles de 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis ESC Clinical Practice Guidelines
Expert 55	cf mes remarques page 1

Tableau 2 : Points clés sur les mesures de prévention de l'EI chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I

Points clés sur la prévention de l'E.I d'origine orale - Mesures générales de prévention de l'E.I pour les patients à haut risque et à risque intermédiaire

Suivi régulier de 2 fois par an chez un chirurgien-dentiste

Hygiène orale par un brossage dentaire 2 fois

par jour Déconseiller la mise en place de piercing de langue
Consultation rapide chez un chirurgien-dentiste en cas d'apparition
de symptômes bucco-dentaires Antisepsie (CHX ou povidone iodée)
en pré-opératoire en bain de bouche pendant 1 min avant tout geste
bucco-dentaire - Mesures de prévention spécifique
médicamenteuse qui concernent uniquement les patients à haut
risque de survenue d'E.I Antibioprophylaxie unique administrée
dans l'heure qui précède un geste bucco-dentaire invasif

Tableau 3 : Nouveautés dans cette version des recommandations
- Ajout des patients porteurs d'assistance ventriculaire dans le
groupe des patients à haut risque - Modification des molécules
d'antibioprophylaxie en cas d'allergie à la pénicilline - Évolution vers
des actes bucco-dentaires invasifs autorisés sous
antibioprophylaxie chez les patients à haut risque de survenue d'EI :
implantologie et chirurgies orale et parodontale, trai-tements
endodontiques, gestes d'odontologie pédiatrique et d'orthodontie

Tableau 4 : PowerPoint avec les logigrammes ENDO

Proposition_ 61

Etes-vous d'accord avec le logigramme : "Patients en attente de chirurgie valvulaire : chirurgie électorive (dans le mois) - Aide à la décision en endodontie ; Situation 1: Dents traitées endodontiquement en absence de LIPOE (lésions inflammatoires d'origine endodontique)" ?

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.72

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	1	3	3	0	4	3	29	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 1	non car il ne différencie pas patient a haut risque d'EI ou pas
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 6	les termes "de qualité satisfaisante ou insatisfaisante" sont perturbants, on se demande pourquoi les deux options sont présentées. Si ce n'est pas important, pourquoi le mettre ? Mettre plutôt "indépendamment de la qualité..."
Expert 9	Je ne suis pas sûr de tout comprendre, c'est complexe. L'idée est bonne. Peut-être simplifier ?
Expert 13	Qu'est ce qu'un traitement satisfaisant s'il y a une LIPOE?
Expert 16	J'aurais juste ajoute un sur dans la première case entre Absence d'une LIPOE et dents traitées endodontiquement
Expert 22	Harmoniser avec le logigramme suivant avec les termes "Absence de LIPOE sur dents traitées endodontiquement" Pourrait-on trouver d'autres termes plus évocateurs que "existence d'un besoin de réfection restauratrice ou prothétique " ou donner des exemples de situation
Expert 24	ajouter légende des acronymes TE et RTE.
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 27	- Il faudrait préciser comment sont évaluées les LIPOE - a quoi sert la case 2 (traitement endodontique de qualité satisfaisante ou insatisfaisante) si il n'y a pas de choix?
Expert 32	Non, je ne le trouve pas clair et plusieurs points me posent problème. Comme exposé précédemment je pense que le dépistage des foyers infectieux sur les dents préalablement traitées doivent passer par un CBCT au vu des connaissances actuelles sur les insuffisances de la radio 2D à ce sujet. Par ailleurs, le CBCT permet également d'apporter des informations importantes quant à la faisabilité / difficulté / pronostic du retraitement endodontique. Cela pourrait apparaitre dans le logigramme. Dans ce logigramme, il faudrait inverser l'ordre des éléments de la 1ère case : dents traitées endodontiquement ne présentant pas de LIPOE. en l'absence de LIPOE, la question de la qualité radiographique du traitement existant est une non question et ce paramètre ne devrait pas apparaitre. Ce qui importe c'est : - la qualité de l'étanchéité coronaire existante - la nécessité de réintervention au niveau de la restauration coronaire et la perte transitoire d'étanchéité qui peut être associée (ré-exposition du traitement endodontique) Concernant les choix :

	- en l'absence de LIPOE et en présence d'une étanchéité coronaire adéquate : abstention thérapeutique et surveillance. Pour moi ces deux notions (abstention et surveillance) sont complémentaires quelle que soit l'ancienneté du traitement endodontique. D'autant plus que je ne sais pas quelle valeur scientifique a le seuil de 5 ans ici choisi. - en l'absence de LIPOE et en l'absence d'une étanchéité coronaire adéquate : mise en place d'une étanchéité coronaire transitoire en vue de programmer le RTE en post intervention cardiaque
Expert 41	Il : - à gauche ABSTENTION si TE > 5 ans et SURVEILLANCE TE < 5 ans pas claire --> je mettrai SURVEILLANCE quelque soit l'âge du TE - dans cette situation de toute façon ABSTENTION = SURVEILLANCE - pour qualifier le TE il faut préciser "RADIOLOGIQUEMENT".
Expert 50	ajouter sous AP pour le RTE en post intervention
Expert 51	Il est à noter que peu d'études cliniques permettent de connaître les évolutions de bactériémie en cas de passage d'une phase chronique à active spécifiquement dans le cadre d'une pathologie péri-apicale. Dans le même temps, le nombre est important de patients à haut risque d'endocardite infectieuse présentent des dents traitées endodontiquement, voire retraitées endodontiquement avant qu'ils ne soient à risque d'endocardite infectieuse.

Proposition_ 62

tes-vous d'accord avec le logigramme : "Patients en attente de chirurgie valvulaire : chirurgie élective (dans le mois) - Aide à la décision en endodontie ; Situation 2 : Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE (lésions inflammatoires d'origine endodontique)"

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	5	0	1	6	2	3	4	22	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.95	86.05

Expert	Commentaires
Expert 1	non car il ne différencie pas patient a haut risque d'EI ou pas
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 5	Remplacer "chirurgiens dentistes" par "praticiens de la cavité buccale"
Expert 9	Je ne suis pas sûr de tout comprendre, c'est complexe. L'idée est bonne. Peut-être simplifier ?
Expert 13	Qu'est ce qu'un traitement satisfaisant s'il y a une LIPOE?
Expert 22	Le terme "existence d'un besoin de réfection restauratrice ou prothétique " est trop flou pour moi je n'arrive pas visualiser les situations. Par exemple refaire un composite non étanche sur une dent traitée endodontiquement avec LIPOE asymptomatique avec traitement endo de qualité ou non est un acte de restauratrice "simple" qui indiquerait pourtant l'avulsion de cette dent Préciser que l'avulsion doit être réalisée 48H après le début de l'ATB (donne l'impression de réaliser l'avulsion 48H après la fin de l'ATB)
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	Non il ne me semble pas utile de traiter une dent asymptomatique et je ne comprend pas en quoi le fait de devoir refaire une restauration est une indication extraction prévoir une avulsion sous antibiothérapie est préconisé ici alors que dans une reco il est écrit que patient a une antibiothérapie il faut attendre fin antibiothérapie pour faire antibioprophylaxie
Expert 27	il faudrait harmoniser "RTE en une séance au travers élément prothétique" (case de gauche) et "RTE " case de droite
Expert 30	voir commentaires précédents
Expert 31	Ce logigramme soulève de nombreuses questions : 1/ Pourquoi attendre 48h de traitement antibiotique sur une dent avec une LIPOE symptomatique?? Chez le patient à risque intermédiaire, aucune antibioprophylaxie n'est recommandée, donc je ne vois pas pourquoi l'avulsion doit être différée à 48h si elle est possible le jour même. Je n'ai pas lu dans l'argumentaire de biblio stipulant cette nécessité. 2/Pourquoi indiquer l'avulsion d'une dent avec une LIPOE asymptomatique (que le traitement endo soit satisfaisant ou non), alors qu'il est possible d'envisager une chirurgie endodontique ou un RTE en l'absence de besoin de restauration coronaire??? C'est incompréhensible.
Expert 32	Non, je ne le trouve pas clair et plusieurs points me posent problème. Comme notifié à la proposition 61 le rôle du CBCT devrait apparaître. Ok pour la conduite à tenir proposée en cas de LIPOE symptomatique En cas de LIPOE asymptomatique, parler de traitement endodontique de qualité satisfaisante ou insatisfaisante n'a pas de sens et pas d'intérêt clinique. Pas de sens parce que s'il y a une LIPOE le traitement est forcément inadéquat quelle que soit l'image radio. Pas d'intérêt clinique parce que cela ne va pas avoir d'incidence sur la prise de décision thérapeutique. La proposition de RTE en une séance fait intervenir une notion qui semble absente de l'argumentaire,

	qui est souhaitable mais cliniquement difficilement anticipable. Cela risque d'être compris comme une injonction et donc quelle serait la conduite à tenir en cas de seconde séance nécessaire ? Par ailleurs cela pourrait conduire à des RTE de moins bonne qualité, non aboutis pour respecter cet objectif de séance unique. La notion de RTE au travers de l'élément prothétique ne tient absolument pas compte du fait qu'il y a dans la majorité des situations présence d'ancrages radiculaires. Je ne comprends pas pourquoi une décision d'extraction est préconisée en présence d'une LIPOE asymptomatique en présence d'une nécessité de réhabilitation coronaire alors même que les patients à haut risque ne sont plus contre-indiqués à ces actes suite à la chirurgie. Je ne comprends pas la dernière colonne "1/chir endo si possible 2/RTE ou avulsion" Il apparaît encore une fois dans l'évaluation de la pertinence d'une chirurgie endodontique versus RTE la nécessité de disposer d'un CBCT. Ce logigramme ne me semble pas utilisable en l'état, il demande que l'on retravaille dessus pour évaluer clairement les éléments qui conduisent à décider en présence d'une LIPOE asymptomatique de procéder à : - un RTE éventuellement au travers de l'élément prothétique - une chirurgie endodontique - une avulsion
Expert 35	Il est inscrit pour la situation d'une dent symptomatique "Antibiothérapie 6 jours". Hors pour le moment les recommandations sur l'antibiothérapie sont toujours de 7 jours. Il est en question de le modifier prochainement mais pour des questions de cohérence, il est important que ce document soit en adéquation avec les recommandations en vigueur sur ce sujet qui sont toujours celles publiées par l'AFSSAPS en 2011.
Expert 41	- pour qualifier le TE il faut préciser "RADIOLOGIQUEMENT".
Expert 47	la date(recent /ancien/rte) du Tr devrait être précisée la méthode d'évaluation radiographique aussi (rétroc /PANO/ CbCt)
Expert 51	oui d'accord sur le diagramme, même si le schéma semble un peu complexe à lire. Ci-joint une autre proposition
Expert 59	antibiothérapie de 6 jours ? trop compliqué.

Proposition_ 63

Etes-vous d'accord avec le logigramme : "Patients à haut risque de survenue d'EI - II.1 Aide à la décision en Endodontie ; Situation 1: Dents traitées endodontiquement en absence de LIPOE" ?

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	1	3	5	0	3	2	29	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 6	idem pour "de qualité satisfaisante ou insatisfaisante"
Expert 9	Je ne suis pas sûr de tout comprendre, c'est complexe. L'idée est bonne. Peut-être simplifier ?
Expert 22	Le terme "existence d'un besoin de réfection restauratrice ou prothétique " est trop flou pour moi je n'arrive pas visualiser les situations.
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	non je ne vois pas intérêt de refaire TT endo s'il est bien fait et pas de LIPOE
Expert 27	- Il faudrait préciser comment sont évaluées les LIPOE - a quoi sert la case 2 (traitement endodontique de qualité satisfaisante ou insatisfaisante) si il n'y a pas de choix?
Expert 32	remarques similaires à logigramme 1 La première case devrait inverser les éléments pour être en accord avec le titre "Dents traitées endodontiquement ne présentant pas de LIPOE" Les éléments décisionnels devraient plutôt prendre en considération : - la qualité de l'étanchéité coronaire existante - la nécessité de réintervention au niveau de la restauration coronaire et la perte transitoire d'étanchéité qui peut être associée (ré-exposition du traitement endodontique) Ces éléments pouvant mener à une indication de RTE ou à une attitude d'abstention et surveillance Comme pour le logigramme 1, il ne me semble pas pertinent de distinguer abstention et surveillance qui sont complémentaires quelle que soit l'ancienneté du traitement endodontique. D'autant plus que je ne sais pas quelle valeur scientifique a le seuil de 5 ans ici choisi.
Expert 41	- pour qualifier le TE il faut préciser "RADIOLOGIQUEMENT".
Expert 47	pourquoi refaire un tr qui est asymptomatique et de qualité ?
Expert 59	différence si qualité satisfaisante ou insatisfaisante ? Si pas de LIPOE pourquoi RTE?

Proposition_ 64

Etes-vous d'accord avec le logigramme : "Patients à haut risque de survenue d'EI II.1 Aide à la décision en endodontie ; Situation 2 : Dents traitées endodontiquement avec une LIPOE" ?

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	3	7	3	2	2	23	16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	11.90	88.10

Expert	Commentaires
Expert 4	acte non pratiqué par un orthodontiste
Expert 9	Je ne suis pas sûr de tout comprendre, c'est complexe. L'idée est bonne. Peut-être simplifier ?
Expert 13	arbre décisionnel trop complexe sujet à trop d'interprétation
Expert 16	La figure est difficile à lire car chargée. Peut être espacer plus les embranchements de droites et de gauche, ou varier la mise en forme entre ce qui relève des éléments diagnostiques et des éléments thérapeutiques
Expert 22	On peut faire différemment: présence d'une LIPOE sur dents traitées endodontiquement -> quelle que soit la situation si symptomatique = ATB puis avulsion. Je trouve que cela marque plus les esprits. Si asymptomatique, on déroule ensuite le reste tout en sachant que le terme "besoin de réfection restauratrice ou prothétique" n'est pas assez parlant
Expert 25	je ne considère pas avoir la compétence pour répondre en temps que chirurgien maxillo-facial
Expert 26	l'extraction systématique d'une dent symptomatique ne me semble pas toujours justifié
Expert 27	- ce logigramme ne laisse pas suivi ou monitoring en cas de présence de LIPOE. Chercher à traiter systématiquement toutes les LIPOE peut être risqué. EX : dent asymptomatique, traitement de qualité et LIPOE visible (mais on peut imaginer que le traitement est récent ou qu'il est en voie de cicatrisation) -Je mettrais l'ordre des cases traitement satisfaisant dans le même ordre
Expert 30	voir commentaires précédents
Expert 31	Logigramme trop complexe, qui ne permet pas facilement et rapidement de prendre une décision sur la conduite à tenir. D'autre part, il semble que ce soit le besoin de restauration coronaire qui guide le choix

	thérapeutique entre une chirurgie endodontique ou une reprise de traitement endodontique ; or il n'est pas recommandé en endodontie de privilégier la chirurgie plutôt que le RTE, il est même plutôt conseillé d'effectuer un RTE en première intention avec de permettre une désinfection de l'ensemble de l'endodonte, qui n'est pas accessible lors d'une chirurgie endodontique.
Expert 32	Remarques similaires à celles évoquées pour logigramme 2 Je ne le trouve pas clair et plusieurs points me posent problème. Comme notifié à la proposition 61 le rôle du CBCT devrait apparaître. Il apparaît encore une fois pertinent dans l'évaluation de la faisabilité d'un RTE et de la possibilité d'une chirurgie endodontique versus RTE. En présence d'une LIPOE, qu'elle soit symptomatique ou pas, parler de traitement endodontique de qualité satisfaisante ou insatisfaisante n'a pas de sens et pas d'intérêt clinique. Pas de sens parce que s'il y a une LIPOE le traitement est forcément inadéquat quelle que soit l'image radio. Pas d'intérêt clinique parce que cela ne va pas avoir d'incidence sur la prise de décision thérapeutique. Je trouve que le logigramme est dans son ensemble très difficilement compréhensible. On ne comprend pas ce que représentent les traits en pointillés (j'imagine que c'est relié à la notion de persistance d'une symptomatologie ?). Il me semble très compliqué de prendre une décision thérapeutique facile en l'état. Par ailleurs, à aucun moment n'est évoquée la prise de décision si jamais les objectifs de retraitement endodontique ne sont pas atteints et compromettent le pronostic du traitement : pas de possibilité de perméabilisation, pas de perméabilité apicale retrouvée... Ce logigramme ne me semble pas utilisable en l'état, il demande à être retravaillé et remanié.
Expert 35	Ce schéma n'est pas un modèle de simplicité. De plus il ne précise pas la conduite à tenir en cas d'impossibilité de réaliser un RTE ou en cas d'échec de celui-ci. Enfin dans une des situations il est indiqué "Chir endo si possible" : ce "si possible" peut être interprété de 2 manières, soit qu'il s'agit de la solution prioritaire, soit si elle est réalisable. c'est donc confusant. De plus pour coller aux propositions de recommandation il faudrait préciser "Chir endo ne nécessitant pas de comblement / membrane"
Expert 41	II2 : - pour qualifier le TE il faut préciser "RADIOLOGIQUEMENT". - on ne peut pas écrire TRAITEMENT ENDODONTIQUE SATISFAISANT si la dent est symptomatique!
Expert 47	un traitement de racine avec une LIPOE ne peut pas être de bonne qualité ?
Expert 50	pour plus de lisibilité et une meilleure applicabilité en pratique (mémorisation) garder si possibles les mêmes entrées que pour la situation I.2 : d'abord Symptomatique versus asymptomatique puis qualité du traitement puis besoin de réhabilitation ou alors changer les entrées de l'arbre décisionnel de la situation I.2
Expert 51	Oui d'accord sur le diagramme, même si le schéma semble un peu complexe à lire. Ci-joint une autre proposition La prise en charge par traitement endodontique ou retraitement endodontique devrait pouvoir être prise en charge. Cependant confirmer la cicatrization apicale par un suivi CBCT à un an puis 2 ans me semble impératif afin de confirmer le succès de la thérapeutique engagée. A défaut, le risque est important de laisser dans la nature un foyer infectieux latent. Différentes études ont montré que la cicatrization apicale survient majoritairement à deux ans post traitement; une minorité à 4 ans; et sinon il semble préférable de supposer un échec compte tenu du

	contexte clinique. ref : Azim AA, Griggs JA, Huang GT. The Tennessee study: factors affecting treatment outcome and healing time following nonsurgical root canal treatment. Int Endod J. 2016 Jan;49(1):6-16. doi: 10.1111/iej.12429. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25582870.
Expert 52	Logigramme compliqué par la présence du critère "Absence de besoin de réfection restauratrice ou prothétique" placé trop haut dans le processus décisionnel. Il pourrait être simplifié en éliminant ce critère (qui modifie peu la décision finale) ou en le mettant à la fin du processus.
Expert 59	pas clair. trop de flèche et le schéma gagnerait en simplicité si LIPOE symptomatique = extraction et si LIPOE non sympo = RTE?

Questions générales sur l'ensemble des documents

Proposition_ 65

Ces recommandations ont été rédigées par un groupe de travail après avoir pris connaissance des données bibliographiques disponibles, synthétisées par deux chargés de projet dans le document intitulé « argumentaire scientifique ». En effet les chargés de projet, au cours d'une phase dite de revue systématique et de synthèse de la littérature, rédigent un argumentaire scientifique dans lequel sont réalisées une analyse critique et une synthèse de la littérature retenue (après une recherche bibliographique systématisée afin d'identifier et de sélectionner les références conformes aux critères de sélection préétablis).

vez-vous des commentaires concernant le document intitulé « argumentaire scientifique » ?

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	6	11	32	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.92	98.08

Expert	Commentaires
Expert 1	haut voire trop haut niveau de détail il faut faire en complément un texte court de 3 pages maximum avec un algorithme geste invasif ou pas , haut risque ou pas
Expert 4	non
Expert 6	Excellent travail
Expert 9	Très beau travail. J'ai beaucoup apprécié l'argumentaire. Je trouve dommage que le document de proposition (qui est une belle évolution) ne reflète cependant pas toujours l'argumentaire. Je pense que le document de recommandation peut aller plus loin (cf mes remarques).
Expert 19	pas de commentaire
Expert 21	L'argumentaire est bien rédigé (mais il y a beaucoup d'erreurs orthotypographiques). Il aborde les champs importants. Toutes les références pertinentes me paraissent incluses. Les analyses et les synthèses sont appropriées.
Expert 30	beau travail attention : il reste des fautes de typo, orthographe, mise en page etc
Expert 31	L'argumentaire est bien construit, fait état des recommandations internationales et des données récentes de la littérature par sous-spécialité. Il en est de même pour les molécules antibiotiques, les indications et les modalités de la prophylaxie antibiotique. Il reste quelques coquilles dans ce document, à rectifier avant publication. Attention p53 : la numérotation du tableau est erronée (tableau 7 et non tableau 3). Attention également p62 au paragraphe précédent le chapitre 2.2.6. Actes de paro : ce dernier paragraphe ne me paraît pas refléter tout à fait ce qui est décrit précédemment et pourrait laisser entendre au lecteur que la réalisation de bains de bouche anti-septiques et/ou la mise en place d'une antibioprophylaxie sont sans incidence sur la bactériémie et donc inutiles. Peut-être revoir la formulation?
Expert 32	Concernant les professionnels concernés page 12 : En l'absence de reconnaissance de spécialité, il ne semble pas pertinent d'aller dans un niveau de détail aussi important. Par exemple, les "chirurgiens dentistes omnipraticiens" sont également par essence des "chirurgiens dentistes réalisant des actes d'endodontie" Actuellement, il existe des chirurgiens dentistes généralistes et des chirurgiens dentistes spécialistes (MBD, chirurgie orale, orthodontie). Ce sont les seuls statuts reconnus par l'ordre et ce sont les seuls statuts qui devraient apparaître. Il m'a semblé à la lecture de l'argumentaire qu'il pouvait y avoir un phénomène de confusion entre les patients "à haut risque de survenue d'EI" et ceux "à haut risque de mortalité d'EI" ce qui sont deux notions de risque non équivalentes. Une relecture globale du document devrait être faite pour éclaircir et harmoniser ce point. Page 67 : l'accent est mis sur l'intérêt des aides optiques au cours du traitement endodontique. En revanche, comme souligné précédemment l'accent n'est pas assez mis sur l'utilisation du CBCT pour les étapes de dépistage et de planification des prises en charge principalement en présence d'une indication de RTE et de traitement endodontique de dents pluriradiculées. Si les aides optiques ont montré leur efficacité dans l'aide à la détection des canaux, le CBCT est un outil d'analyse redoutable et les petits champs génèrent des doses d'irradiation optimisés pour un bénéfice clinique établi. Autrement formulé, le principe de radioprotection doit-il supplanter le risque de non traitement d'un

	canal dont la présence aurait pu être anticipée chez un patient à haut risque d'EI ? Page 74 : il manque le mot "pas" dans la phrase "D'autre part, les études ne montrant une augmentation de survenue d'une E.I. après des gestes bucco-dentaires" Page 82: le statut du patient vis à vis de la pathologie cardiaque est un élément décisionnel mais pas un facteur influençant le taux de succès comme rédigé. Idem pour la possibilité d'obtenir des images : aide à la décision mais pas sur le taux de succès. Encore une fois, le CBCT devrait être considéré dans les aides décisionnelles et comme pouvant avoir une influence sur le taux de succès du fait d'une meilleure planification des objectifs de traitement (nombre de canaux entre autres).
Expert 33	pas de commentaire
Expert 34	Le document me paraît bien. Il y a quelques fautes de frappes et d'orthographe (cf pages scannées). Les mots streptocoques et viridans ne prennent pas de majuscule. Le nom des bactéries s'écrit en italique. Concernant l'analyse de l'article de Plainvert et al., il y a quelques approximations.
Expert 38	Cf. réponses aux autres questions. Je n'ai pas eu le temps de relire entièrement le document qui est bien rédigé mais paraît encore perfectible sur la forme.
Expert 44	Cf. pièce jointe
Expert 45	Très gros travail très bien fait. Je vous joins un document avec mes commentaires de forme et de fond
Expert 48	non, aucun commentaire
Expert 50	voir les références supplémentaires suggérées
Expert 51	Il est à noter que l'annexe 3. Recherche documentaire est vide, mais doit faire référence à un autre document (Stratégie Documentaire)
Expert 56	pas de commentaire
Expert 57	pas de commentaire

Proposition_ 66

La méthodologie employée pour l'élaboration des recommandations est clairement présentée ? (si non, préciser d'autres informations nécessaires)

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	3	7	44	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.79	98.21

Expert	Commentaires
Expert 26	rajouter CO médecins qui ont été oubliés
Expert 33	oui
Expert 51	Il est à noter que l'annexe 3. Recherche documentaire est vide, mais doit faire référence à un autre document (Stratégie Documentaire). Dans le document Stratégie Documentaire, les critères d'inclusion/exclusion des articles pourraient peut être être renseignés. certains passages semblent également manquants comme page 44 : "Pour ces questions, nous avons sélectionné XXX publications dont X guidelines, X revue de littérature et X essais cliniques." Dans le document stratégie documentaire, la date de "Dernière consultation" est février 2023, tandis que "la recherche initiale a porté sur la période de janvier 2011 à juillet 2023", à voir si il est pertinent d'effectuer une dernière consultation en juillet/novembre 2023
Expert 56	oui

Proposition_ 67

Les enjeux, objectifs et limites, ainsi que la population cible et les professionnels concernés sont clairement présentés ?

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	6	0	4	7	38	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	une distinction entre chirurgien dentiste et orthodontiste devrait être faite les actes invasives en orthodontie étant très limités (dépose de l'appareillage orthodontique et pose d'ancrages osseux)
Expert 23	pour les professionnels je pense qu'il faut rajouter les médecins spécialisés en chirurgie orale qui ne semblent pas mentionnés
Expert 26	oui mais manque CO médecins
Expert 30	position du médecin généraliste ? (qui est souvent l'interlocuteur des CD > dans le cas de l'EI, le référent doit-il toujours être le cardiologue?)
Expert 32	Concernant les professionnels concernés détaillés page 12 : En l'absence de reconnaissance de spécialité, il ne semble pas pertinent d'aller dans un niveau de détail aussi important. Par exemple, les "chirurgiens dentistes omnipraticiens" sont également par essence des "chirurgiens dentistes réalisant des actes d'endodontie". Actuellement, il existe des chirurgiens dentistes généralistes et des chirurgiens dentistes spécialistes (MBD, chirurgie orale, orthodontie). Ce sont les seuls statuts reconnus par l'ordre et ce sont les seuls statuts qui devraient apparaître dans des recommandations officielles.
Expert 33	Dans le texte de recommandation une introduction synthétique s'impose pour faire état de l'épidémiologie de l'endocardite infectieuse chez les patients à haut risque ou à risque intermédiaire (même si ces catégories sont redéfinies dans ce travail) et des conséquences en termes de morbi-mortalité des EI.
Expert 42	Oubli des autres professionnels de la cavité buccale (stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux et chirurgiens oraux) qui n'apparaissent pas dans le texte...
Expert 45	Voir mes remarques sur pharmaciens et infirmières dans le doc attaché plus haut
Expert 46	je n'ai pas trouvé la page correspondante
Expert 50	Dans le texte de la Recommandation, le terme "praticiens de la cavité orale" doit être explicité au moins une fois ou alors simplifier et employer le terme de chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes de la sphère oro-faciale

Proposition_ 68

Toutes les informations scientifiques disponibles à ce jour sont présentées ? (Si non, merci de nous envoyer les articles manquants)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.46

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	4	9	29	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 25	Baddour LM, Janszky I, Thornhill MH, Esquer Garrigos Z, DeSimone DC, Welty-Wolf K, Baker AL, Jone PN, Prendergast B, Dayer MJ; American Heart Association Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young (Young Hearts) and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Nondental Invasive Procedures and Risk of Infective Endocarditis: Time for a Revisit: A Science Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2023 Oct 5. doi: 10.1161/CIR.0000000000001180. Epub ahead of print. PMID: 37795631.
Expert 38	cf. réponse aux questions précédentes
Expert 44	cf. pièce jointe
Expert 48	je n'ai pas personnellement fait la revue de littérature
Expert 50	manque la mention du site internet de la Société Française de Parodontologie et Implantologie Orale-SFPIO dans la stratégie de recherche documentaire

Proposition_ 69

Les recommandations correspondent aux informations analysées ? (Si non, proposer une formulation plus adaptée)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	4	5	14	30	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	On pourrait reprocher parfois la non prise en compte du principe de précaution, inscrit dans notre constitution... On pourra opposer les pratiques dans d'autres pays, mais justement, dans les autres pays, le principe de précaution n'a pas une place aussi importante qu'en France.. Je regrette aussi que la péri-implantite ne soit traitée que dans son volet préventif, peu dans son volet curatif : faut-il enlever un implant avec péri-implantite en cas d'échec des curetages ?.. Mais je suis d'accord sur le fait qu'il faut aller outre ces réserves et permettre au maximum de personnes de bénéficier de soins buccaux parmi les plus modernes dans le but d'une réhabilitation optimale
Expert 6	Difficile de se décider quand il n'y a que des avis d'experts
Expert 9	Très beau travail. J'ai beaucoup apprécié l'argumentaire. Je trouve dommage que le document de proposition (qui est une belle évolution) ne reflète cependant pas toujours l'argumentaire. Je pense que le document de recommandation peut aller plus loin (cf mes remarques).
Expert 28	Dans l'argumentaire, il est clairement explicité qu'il y a des évidences robustes que certaines cardiopathies valvulaires natives (comme bicuspidie) sont au moins autant à risque que les actuelles cardiopathies à haut risque d'EI.
Expert 30	ex: pas de littérature sur le piercing (ou de justification donnée)
Expert 31	Globalement oui, mais certains points des recommandations ne semblent pas aller dans le sens de l'argumentaire scientifique : - la mise en place de séparateurs orthodontiques induit une bactériémie significative à la bactériémie de base (cf argumentaire) mais dans les recommandations ce geste n'est pas évoqué comme nécessitant une ABprophylaxie - la pose d'implants est autorisée chez tous les patients à haut risque d'EI mais l'argumentaire laissait entendre qu'il valait mieux les éviter chez les patients aux antécédents d'EI en raison du sur risque représenté par cette intervention - la mise en place d'une digue induit une bactériémie de 24 à 54% d'après l'argumentaire, mais les recommandations ne préconisent une ABprophylaxie qu'en cas de gencive inflammatoire - La recommandation de la Cefalexine en cas d'allergie aux pénicillines laisse perplexe lorsqu'il est bien spécifié dans l'argumentaire (p87) : il n'existe aucune données sur l'efficacité de la cefalexin sur les bactériémies orales.
Expert 32	Voir commentaires points précédents
Expert 41	J'ai fait des propositions au fur et à mesure

Expert 50	fait
Expert 53	oui

Proposition_ 70

La présentation des recommandations est claire et adaptée aux pratiques professionnelles ? (Si non, proposer une formulation plus adaptée)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.60

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	3	0	0	6	3	5	16	24	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.26	94.74

Expert	Commentaires
Expert 1	trop compliqué, trop délayé
Expert 5	Les termes stomatologie et stomatologistes sont totalement absents alors qu'ils font partie du quotidien de la prise en charge des problèmes de la cavité orale, et même qu'ils reviennent "à la mode" au gré des préoccupations des uns et des autres.
Expert 6	En général, oui, quoique parfois difficile à implémenter.
Expert 9	C'est un beau travail, mais je m'y perds parfois dans la forme. Peut-être la revoir un peu (diminuer la police des titres, faire des phrases moins longues dans les titres...). Prévoir un tableau synthétique ?
Expert 12	je trouverai utile un logigramme pour les dents temporaires +/-des recommandations spécifiques sur les dents temporaires.
Expert 15	sauf pour le problème de l'allergie aux pénicillines, le praticien libéral va être perdu
Expert 16	Peut être que pour le détails des actes, des tableaux seraient plus adaptés que des listes
Expert 22	Cf commentaires
Expert 26	commentaires déjà fait avant sur les recos
Expert 27	il faut déterminer si les LIPOE doivent être appréciées en 3D ou non

Expert 28	je ne suis pas chirurgien dentiste, mais la présentation des logigrammes manquent peut-être de clarté (cela est peut être très clair pour le public concerné)
Expert 30	voir les situations listées auparavant et qui n'apparaissent pas explicitement (préservation alvéolaire, utilisation de PRF.....)
Expert 31	La présentation des recommandations est globalement claire mais les logigrammes proposés (notamment pour la prise en charge des dents traitées endodontiquement avec LIPOE) sont trop complexes
Expert 32	Le propos mériterait de gagner en clarté et en cohérence sur toute la partie endodontie. Les logigrammes me semblent difficilement utilisables à ce stade parce qu'il existe des incohérences. En pièce jointe j'ai essayé de matérialiser pour exemple la manière dont j'aurais construit les arbres décisionnels sur la base des recommandations actualisées.
Expert 35	OUI
Expert 41	Logigramme à reformuler
Expert 42	Oubli des autres professionnels de la cavité buccale (stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux et chirurgiens oraux) qui n'apparaissent pas dans le texte...
Expert 44	cf. questions en pièce jointe
Expert 45	Voir mes remarques dans le doc attaché plus haut
Expert 49	Les termes stomatologie et stomatologistes sont totalement absents alors qu'ils font partie du quotidien de la prise en charge des problèmes de la cavité orale, et même qu'ils reviennent "à la mode" au gré des préoccupations des uns et des autres.
Expert 50	fait
Expert 56	le logigramme est difficilement lisible seul, sans avoir lu au préalable les recommandations
Expert 59	comme déjà dit!

Proposition_ 71

Avez-vous des commentaires généraux à faire sur le texte des recommandations ?

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.20

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	11	2	5	10	19	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.00	94.00

Expert	Commentaires
Expert 1	revoir l'écriture des micro-organismes faire un texte court et un algorithme à deux branches haut risque ou pas, geste invasif ou pas
Expert 5	Voir plus haut
Expert 11	les particularités pédiatriques sont évoquées dans le document complet (argumentaire) mais comme dit dans le texte manquent de valeur scientifiques.
Expert 12	je trouverai utile un logigramme pour les dents temporaires +/-des recommandations spécifiques sur les dents temporaires.
Expert 16	Non
Expert 19	non
Expert 20	cf commentaires précédents
Expert 21	Des erreurs orthotypographiques à corriger.
Expert 22	Encore des précisions à apporter pour être homogène
Expert 25	une version courte serait bienvenue
Expert 26	deja fait
Expert 27	il faut déterminer si les LIPOE doivent être appréciées en 3D ou non
Expert 29	L'orthodontie autorisée chez les hauts risques EI ! Attention à une parfaite hygiène sinon risque gingivite très importante
Expert 31	cf tous les commentaires précédents
Expert 32	Pour résumer les points qui me semblent primordiaux : - clarification sémantique entre "patients à haut risque de survenue d'EI" et "patients à haut risque de mortalité d'EI" - clarification nécessaire sur la notion de lipoe symptomatique/asymptomatique liée au retraitement - clarification sur la justification de permettre la pulpotomie sur dent mature chez l'enfant et pas chez l'adulte - réserves majeures sur la pertinence d'envisager les techniques d'auto transplantation et d'amputation radiculaire chez les patients à haut risque d'EI - réflexion sur une meilleure intégration du CBCT aux prises de décision et à l'évaluation des situations Page 20 des recommandations : "L'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires doit être réalisée au moins 15 jours avant la procédure valvulaire dans la mesure du possible"

	Réserve sur le fait que la notion d'éradication immédiate des FIBD n'a pas de pertinence en endodontie.
Expert 33	page 7 et page 24: redondance des informations entre les patients à haut risque de survenue d'EI avec en plus un titre ambigu du tableau 1 (récapitulatif des patients à haut risque et à risque intermédiaire); les patients à risque intermédiaire ne figurent que page 7. page 12 : j'ajouterais pour les patients : Connaissance du risque d'EI compte tenu de leur pathologie sous-jacente page 13 : dernière ligne (le cf recommandation "conseils aux praticiens" renvoi à quoi ? 4.1?, chapitre 6 sur la prophylaxie, chapitre 2 sur actes invasifs? A préciser SVP Tableau 1 : -titre ambigu du tableau 1 (récapitulatif des patients à haut risque et à risque intermédiaire -à cardiopathie congénitale complexe*; on ne sait pas la signification de l'astérisque tableau 2 des annexes non introduit dans le texte (sauf erreur de ma part)
Expert 34	Il me paraît clair. Page 13: rajouter (CHX) après chlorhexidine car c'est acronyme n'est défini nulle part et utilisé postérieurement. Page 24 : présence d'un astérisque après cardiopathie congénitale complexe qui ne se rapporte à rien.
Expert 35	NON
Expert 37	Aucun commentaire
Expert 38	Je trouve que les recommandations s'appuient plus sur celles formulées par d'autres sociétés, l'AHA notamment que sur une analyse de la littérature.
Expert 41	Tournures de phrase Dans l'ensemble très satisfait de l'orientation générale de ces recommandations
Expert 42	Oubli des autres professionnels de la cavité buccale (stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux et chirurgiens oraux) qui n'apparaissent pas dans le texte...
Expert 44	cf. pièce jointe
Expert 45	Prendre en compte si possible mes recos attachées plus haut + 2 remarques 5.3 et 5.4 : préciser s'il faut ou non une antibiothérapie Tableau 1 p 24 annonce liste des patients à haut risque = OK et à risque intermédiaire = non reprécisé
Expert 48	aucun
Expert 49	bien fait
Expert 54	Beau travail..bravo
Expert 55	un effort supplémentaire de concision serait bienvenu, mais il y a eu déjà beaucoup de progrès par rapport à des documents plus anciens ! Cf par exemple le niveau de détail apporté pour les catégories à haut risque...
Expert 56	pas de commentaire
Expert 57	pas de commentaire
Expert 58	orthodontie : insister sur nécessité hygiène buccodentaire / risque gingivite et risque saignement à la dépose de l'appareil

Proposition_ 72

D'autres informations seraient utiles ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 6.5

Moyenne : 6.11

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	8	1	0	0	13	2	1	8	15	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	18.75	81.25

Expert	Commentaires
Expert 1	algorithme
Expert 6	Non
Expert 7	Oui en ODF envisager les techniques associées au traitement qui peuvent être invasives
Expert 9	J'ai mis des remarques à chaque point précis. Mes propositions auraient cependant peut-être pour parties plus leur place dans un guide de bonne pratique.
Expert 11	population pédiatrique et particularités des dents temporaires
Expert 12	je trouverai utile un logigramme pour les dents temporaires +/-des recommandations spécifiques sur les dents temporaires.
Expert 15	cf commentaires plus haut :patient sous antibio au long cours, patient allergique aux pénicillines
Expert 16	Non
Expert 17	arbre décisionnel sur les traitements pulpaire de la dent temporaire conservation -avulsion ?
Expert 19	non
Expert 20	Y aura-t-il un travail similaire sur la prescription des antibiotiques des patients immuno-déprimés ? Les recos de l'AFSSAPS juillet 2011 distinguait ces deux catégories de patients.
Expert 26	pas d'idée
Expert 27	il faut déterminer si les LIPOE doivent être appréciées en 3D ou non
Expert 28	Information sur nécessité de bilan allergologique pour bien classé les patients allergiques aux ATB
Expert 32	Je ne pense pas
Expert 35	NON

Expert 37	Aucun commentaire
Expert 41	Le document me paraît exhaustif
Expert 42	Oubli des autres professionnels de la cavité buccale (stomatologues, chirurgiens maxillo-faciaux et chirurgiens oraux) qui n'apparaissent pas dans le texte...
Expert 44	cf. pièce jointe
Expert 45	Déjà décrit dans mon doc attaché plus haut
Expert 48	pas d'avis, bien clair
Expert 50	fait
Expert 51	Certaines références sont manquantes dans la version transmise comme : page 50 - "Ces recommandations empiriques ne sont pas étayées par des données de la littérature. (ref)" page 56 "Dans les versions ultérieures des recommandations américaines (2007 et 2021) (ref)" page 99 "Dans l'avis le plus récent de la commission de transparence de la HAS, ont été ajoutés des ICD comme effets indésirables. (mettre la ref)"
Expert 56	non
Expert 57	pas d'autres informations me paraissent utiles

Proposition_73

Faudrait-il joindre des annexes ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 5

Moyenne : 5.66

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	9	2	2	0	15	0	2	5	15	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	26.00	74.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Un arbre décisionnel pour les antibiotiques..

Expert 9	Un guide de bonnes pratiques (qui donne plus de détail sur le contexte dans lequel on peut mettre en place un implant, qui ait un paragraphe introductif sur l'intérêt du bain de bouche systématique, espacement/multiplication des séances en Parodontologie...), si ces éléments de détail ne peuvent être intégrés directement aux recommandations.
Expert 11	particularités pédiatriques même si rares et mal connues
Expert 16	Une fiche synthétique à destination des praticiens pour les aider à informer efficacement les patients à risque de survenue d'EI (cf Proposition_ 18 importance du maintien de la santé générale, y compris orale (hygiène bucco-dentaire), des bénéfices de l'antibioprophylaxie avant un geste bucco-dentaire invasif selon les modalités prescrites si la cardiopathie le justifie, du danger d'une automédication antibiotique (lors de douleur, fièvre ou en vue d'une consultation dentaire))
Expert 17	tableaux décisionnel , endo sur dent permanente et temporaire description d'une carte de prophylaxie car le suivi doit être rigoureux dans certaines décisions thérapeutiques et les difficultés d'accès aux soins rendent le suivi plus aléatoire (changement de praticien - délais d'attente)
Expert 19	non
Expert 22	Celles présentées sont suffisantes
Expert 25	bibliographie choisie
Expert 26	déjà dit pour tableaux
Expert 28	la carte de patient à risque d'EI
Expert 31	les annexes proposées semblent suffisantes
Expert 32	Oui, en plus des organigrammes un tableau synthétique des nouvelles recommandations mettant en relief les principaux changements
Expert 35	NON
Expert 37	Non
Expert 41	Peut être un document sur les bêta-lactamines et les allergies pénicillines/bêta-lactamines
Expert 48	liste des cardiopathies
Expert 54	non
Expert 56	oui indispensable
Expert 59	oui synthèse pour les CD.

Proposition_ 74

Avez-vous d'autres commentaires ?

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 5

Moyenne : 5.87

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10

je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	10	0	0	1	12	0	1	3	17	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	25.00	75.00

Expert	Commentaires
Expert 3	travail de grande qualité et parfaitement à la hauteur des enjeux de santé.
Expert 5	Bravo pour ce travail attendu qui va lever de nombreuses incertitudes..
Expert 7	Non
Expert 11	les particularités pédiatriques devraient faire l'objet d'un bref rappel dans le résumé (recommandations)
Expert 12	je trouverai utile un logigramme pour les dents temporaires +/-des recommandations spécifiques sur les dents temporaires.
Expert 16	Non
Expert 19	non
Expert 20	Non
Expert 26	non
Expert 29	Ces recommandations sont très bien dans un contexte idéal , dans ma pratique quotidienne depuis 37 ans je constate un manque de formation de certains radiologues et chirurgiens dentistes sur la capacité d'analyse correcte des radios panoramiques dentaires!!
Expert 30	Tableau 2 : Points clés sur les mesures de prévention de l'EI chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire de survenue d'E.I ajouter brossage interdentaire ajouter detartage 2/an ajouter procédure dégradée de antibioprophylaxie
Expert 31	non
Expert 32	non
Expert 35	NON
Expert 42	Non.
Expert 43	envoi du fichier "rapport d'élaboration PEC dentaire" avec commentaires affichés à Mme GOURBAIL Laetitia car fichier impossible à charger
Expert 48	aucun
Expert 50	difficile de répondre à ces questions : oui/ non ?
Expert 54	non

Expert 56	pas de commentaires
Expert 57	pas de commentaires

Proposition_ 75

Au final, faut-il adopter ces recommandations ?

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.88

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	2	1	2	2	5	9	34	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.77	91.23

Expert	Commentaires
Expert 1	trop complexe si non accompagné d'un texte court
Expert 9	Après quelques évolutions, oui ! Merci de ce gros travail !
Expert 16	Limite par rapport à la proposition 11
Expert 19	quelques points cf commentaires, à éclaircir
Expert 20	Avec, si possible, la réponse aux éléments manquants/non précisés cités précédemment si cela vous semble nécessaire
Expert 22	Oui en étant plus précis sur les situations cliniques notamment dans les logigrammes
Expert 26	modifications à faire
Expert 30	après réévaluation des points proposés
Expert 31	certaines points méritent d'être revus ou au moins mieux argumentés (cf commentaires aux différentes questions)
Expert 32	Après clarification des points évoqués plus haut.
Expert 33	Oui avec les précisions demandées
Expert 34	Il me semble qu'il faudrait revoir les molécules utilisées pour l'antibioprophylaxie.

Expert 35	Je ne suis pas favorable à la publication de ces recommandations à ce stade. Je n'ai que très peu de remarques défavorables concernant leurs contenus, et ce ne sont pas ces remarques que j'ai indiquées dans les questions précédentes qui sont à l'origine de cette opposition de publication. Il s'agit plutôt de se mettre dans la meilleure situation et le meilleur timing pour que ces recommandations et d'autres soient appliquées par le plus grand nombre de praticiens et qu'elles induisent le changement des pratiques professionnelles attendues. Je suis membre du CNP des chirurgiens-dentistes et la HAS nous a annoncé un renouvellement prochain des recommandations en matière d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie en odontologie, les recommandations actuelles datant de 2011. Ce qui m'inquiète avec l'éventuelle publication de ses nouvelles recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients à risque de RI, c'est la confusion des messages que cela engendrerait et qui ne serait pas propice aux changements de pratiques, bien au contraire. On dirait d'un côté, on modifie des choses importantes en matière d'actes indiqués ou contre indiqués chez les patients à risque RI par rapport aux recommandations de 2011, mais de l'autre côté ces recos de 2011 il ne faut pas les mettre à la poubelle car elles sont toujours valables pour ce qui concerne l'antibioprophylaxie chez les patients immunodéprimés et pour ce qui concerne l'antibiothérapie. Et dans 18 mois à la sortie de nouvelles recommandations sur ce sujet, il faudra là encore expliquer un nouveau changement aux praticiens. C'est pour cela que je ne souhaite pas la publication de ces recos à ce stade, mais plutôt leur sortie en même temps que les nouvelles recommandations qui seront publiées dans quelques mois sur l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie en odontologie afin de n'avoir qu'une seule campagne d'information et de formation sur l'ensemble des changements apportés par rapport au document de 2011.
Expert 37	OUI
Expert 42	oui, à l'exception des points de désaccord soulignés et des oublis.
Expert 45	Sous réserve peut-être de la prise en compte des ajustements proposés
Expert 48	oui
Expert 51	Les recommandations sont claires et correctement étayées par des références. Lorsque la littérature est manquante, la position proposée par les experts est argumentée.
Expert 52	Quelques modifications mériteraient d'être apportées. La publication des recommandations sur l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie devrait avoir lieu d'ici quelques mois. La succession de nouvelles recommandations risque d'affaiblir leur impact auprès des professionnels. Cela devrait vous inciter à publier ces 2 recommandations de façon synchrone pour ne pas diluer les informations et donner l'impression trompeuse d'être "déjà au courant".
Expert 54	oui
Expert 59	pour le moment je ne pense pas . je cherche plus de simplification. Je souhaite exprimer mes réserves quant à la publication immédiate des recommandations actuelles. Mes préoccupations ne portent pas tant sur le contenu, car j'ai peu de remarques défavorables à cet égard (mais des incompréhensions), mais plutôt sur la nécessité d'optimiser le timing pour favoriser une meilleure application des recommandations par un plus grand nombre de praticiens, induisant ainsi des changements significatifs dans les pratiques professionnelles. En tant que praticien, j'ai été informé du prochain renouvellement des recommandations sur

l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie en odontologie par la HAS. Les recommandations actuelles datent de 2011, et l'éventuelle publication de nouvelles recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients à risque de résistance immunologique suscite des inquiétudes. Je crains que la publication actuelle ne génère de la confusion, ce qui pourrait entraver la transition vers de nouvelles pratiques. D'une part, nous envisageons des modifications importantes par rapport aux recommandations de 2011 en ce qui concerne les actes indiqués ou contre-indiqués chez les patients à risque de résistance immunologique. D'autre part, il est crucial de ne pas discréditer les recommandations de 2011, car elles restent valables pour l'antibioprophylaxie chez les patients immunodéprimés et pour l'antibiothérapie. Étant donné que de nouvelles recommandations sur l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie en odontologie sont prévues dans les prochains mois, je propose de différer la publication actuelle. L'idée serait de synchroniser la sortie de ces recommandations avec celles à venir, afin de faciliter une seule campagne d'information et de formation couvrant l'ensemble des changements par rapport au document de 2011. Je pense qu'une approche coordonnée maximiserait l'efficacité des changements à venir et faciliterait l'adhésion des praticiens. Je reste ouvert à la discussion et à toute clarification nécessaire sur ces points