



Conduite à tenir en cas de chirurgie et soins dentaires

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

La réalisation d'une intervention chirurgicale lors d'un traitement par anti-TNF α peut, théoriquement, conduire à une complication infectieuse et/ou un retard de cicatrisation. Toutefois, ce risque n'est pas clairement évalué dans la littérature (aucune recommandation précise dans les Résumés des Caractéristiques Produits (RCP)) et les recommandations présentées ici sont basées sur des avis d'experts prenant en compte, en particulier, le risque septique du geste chirurgical.

1. Chirurgie programmée

Les recommandations faites antérieurement sur le délai d'arrêt des anti-TNF α avant une intervention puis de reprise de ceux ci apparaissent aujourd'hui particulièrement prudentes et difficilement applicables en pratique quotidienne⁽¹⁾.

À la lumière de l'expérience accumulée, les experts recommandent aujourd'hui une durée d'arrêt de l'anti-TNF α avant l'intervention d'au moins 2 semaines pour l'éтанercept et d'au moins 4 semaines pour l'infliximab et l'adalimumab.

Durée d'arrêt des anti-TNF α avant chirurgie	Durée d'arrêt recommandée avant intervention chirurgicale	
	ÉTANERCEPT	au moins 2 semaines
INFLIXIMAB	au moins 4 semaines	
ADALIMUMAB	au moins 4 semaines	

Ce délai d'arrêt sera adapté et pourra être prolongé, au cas par cas, en fonction :

- du type de chirurgie dont le risque infectieux post-opératoire peut être variable : chirurgie en «milieu stérile» (exemple : cataracte) ou chirurgie en «milieu septique» (exemple : sigmoïdite) ou situation à «risque septique» (exemple : prothèse articulaire) ;
- du terrain et du risque infectieux propre au patient : antécédents infectieux, existence de prothèses articulaires, d'un diabète, d'une corticothérapie associée ...;
- de la sévérité de l'affection rhumatologique et de son contrôle par le traitement (un délai d'arrêt plus prolongé, diminuant probablement le risque infectieux post-opératoire, n'expose pas toujours le patient à une recrudescence de sa maladie).

Dans tous les cas, la reprise du traitement par anti-TNF α ne sera autorisée qu'après cicatrisation complète et en l'absence d'infection.

2. Chirurgie «en urgence»

Lorsque le geste chirurgical ne peut être différé, les recommandations d'experts sont :

- arrêt du traitement par anti-TNF α ;
- discuter une antibiothérapie prophylactique de couverture en cas de chirurgie à risque septique (exemple : péritonite)⁽²⁾ ;
- surveillance rigoureuse post-opératoire ;
- reprise du traitement autorisée uniquement après cicatrisation (et arrêt d'une éventuelle antibiothérapie) et en l'absence d'infection.

3. Soins dentaires

Il est recommandé une hygiène bucco-dentaire et des soins réguliers. En cas d'état bucco-dentaire défectueux, des soins appropriés devront être effectués avant de débiter un traitement par anti-TNF α .

- **Soins usuels (caries, détartrage)**

Il n'y a pas d'éléments justifiant l'arrêt des anti-TNF α , mais on peut proposer une antibio-prophylaxie.

- **Soins à risque infectieux (extraction, granulome apical, abcès...)**

Il est recommandé d'arrêter les anti-TNF α et de proposer une antibioprophyllaxie⁽³⁾.

- **Implants**

Il n'y a pas d'indication formelle à arrêter les anti-TNF α , tout en restant vigilant aux risques infectieux potentiels.

4. Pour en savoir plus sur l'état des connaissances

Si le risque infectieux post-opératoire ne paraît pas majoré après chirurgie digestive chez des patients atteints de maladie de Crohn^(4, 5), les quelques travaux menés chez des patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde (PR) incitent à la plus grande prudence⁽⁶⁻¹¹⁾.

Une étude rétrospective portant sur 50 interventions chirurgicales (39 orthopédiques, 11 non orthopédiques) chez 30 PR traitées par anti-TNF α , n'a pas montré de majoration du risque, que le traitement soit interrompu ou non, les poussées de la maladie semblant plus fréquentes en cas d'interruption⁽⁶⁾. Une étude comparant, chez 91 PR opérées pour une chirurgie orthopédique, le taux d'infection selon l'existence (n = 35) ou non (n = 56) d'un traitement par anti-TNF α , a montré la survenue d'une infection post-opératoire précoce chez 10 d'entre eux (11 % ; 4 arthrites septiques, 4 ostéomyélites, 2 abcès paraspinaux) ; l'odds ratio était de 4,4 (IC 95 % : 1,1-18,4) chez les patients traités par anti-TNF α , ce sur-risque étant confirmé même après ajustement sur différents facteurs de risque (âge, sexe, durée d'évolution de la PR, corticoïdes, diabète, facteur rhumatoïde)⁽⁷⁾.

A l'inverse, une analyse rétrospective de 142 interventions chirurgicales orthopédiques effectuées entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2005 chez 126 PR, dont 23,8 % (n = 30/126) traitées par anti-TNF α , a montré un taux de complications post-opératoires sévères 3 fois plus élevé chez les patients traités par anti-TNF α (30 % vs 9,8 %), alors même que l'anti-TNF α avait été arrêté 2 semaines avant l'intervention et repris 2 semaines après celle-ci⁽⁸⁾. Toutefois, aucune précision n'était fournie concernant les produits utilisés, un arrêt de l'infliximab 2 semaines avant une intervention orthopédique étant probablement un délai trop court.

Un autre travail prospectif ayant permis de suivre 10,6 mois en moyenne 16 PR traitées par étanercept ou infliximab et 9,7 mois 15 PR non traitées par anti-TNF α au décours d'une chirurgie du pied ou de la cheville, a montré que le taux de complications infectieuses post-opératoires était identique dans les 2 groupes, alors même que le traitement anti-TNF α n'avait pas été interrompu⁽¹¹⁾.

Enfin, les recommandations de la *British Society of Rheumatology*, réactualisées en juillet 2004, proposaient d'interrompre les anti-TNF α , sans distinction entre les produits, 2 à 4 semaines avant toute intervention chirurgicale « majeure », et de reprendre le traitement après cicatrisation, en l'absence de signes d'infection⁽¹²⁾.

Références

1. Pham T, Claudepierre P, Deprez X *et al.* Anti-TNF alpha therapy and safety monitoring. Clinical tool guide elaborated by the Club Rhumatismes et Inflammations (CRI), section of the French Society of Rheumatology (SFR). *Joint Bone Spine* 2005;72(Suppl 1):S1-58.
2. Martin C, Bantz P, Thomachot L. Antibioprophylaxie en chirurgie. In Bergogne-Berezin E, Dellamonica P. *Antibiothérapie en pratique clinique. Abrégés Masson, 2^{ème} édition, Paris 1999.*
3. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. *JADA* 2000;131:366-74.
4. Marchal L, D'Haens G, van Assche G *et al.* The risk of post-operative complications associated with infliximab therapy for Crohn's disease: a controlled cohort study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:749-54.
5. Colombel JF, Loftus EV Jr, Tremaine WJ *et al.* Early postoperative complications are not increased in patients with Crohn's disease treated perioperatively with infliximab or immunosuppressive therapy. *Am J Gastroenterol* 2004;99:878-83.
6. Wendling D, Balblanc JC, Brousse A *et al.* Surgery in patients receiving anti-tumour necrosis factor α treatment in rheumatoid arthritis: an observational study on 50 surgical procedures. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1378-9.
7. Giles JT, Bartlett SJ, Gelber AC *et al.* Tumor necrosis factor inhibitor therapy and risk of serious postoperative orthopedic infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;55:333-7.
8. Matthews JLK, Martin L, Hu R. Post-operative complications in rheumatoid arthritis patients on anti-TNF therapies undergoing orthopaedic procedures. *Ann Rheum Dis* 2006;65(Suppl.II):331(Abs FRI0147).
9. Talwalkar SC, Grennan DM, Gray J *et al.* Tumour necrosis factor α antagonists and early postoperative complications in patients with inflammatory joint disease undergoing elective orthopaedic surgery. *Ann Rheum Dis* 2005;64:650-1.
10. Jain A, Maini R, Nanchahal J. Disease modifying treatment and elective surgery in rheumatoid arthritis: the need for more data. *Ann Rheum Dis* 2004;63:602-3.
11. Bibbo C, Goldberg JW. Infectious and healing complications after elective orthopaedic foot and ankle surgery during tumor necrosis factor-alpha inhibition therapy. *Foot Ankle Int* 2004;25:331-5.
12. Ledingham J, Deighton C, British Society for Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group. Update on the British Society for Rheumatology guidelines for prescribing TNF α blockers in adults with rheumatoid arthritis (update of previous guidelines of April 2001). *Rheumatology* 2005;44:157-63.