

STOMATORRAGIE POST-AVULSION DENTAIRE RÉVÉLATRICE D'UNE HÉMOPHILIE : À PROPOS D'UN CAS À LOMÉ

HAEMOPHILIA A REVEALATED BY ORAL BLEEDING AFTER DENTAL EXTRACTION: ABOUT ONE CASE AT LOMÉ

BISSA H¹, PADARO E², KOLOU M², ADAM S¹, AGODA P³, BETENORA B¹.

1- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale. CHU Sylvanus Olympio, Lomé

2- Service d'Hématologie Clinique CHU Campus, Lomé

3- Service d'Odontostomatologie CHU Campus, Lomé

Correspondance : Dr BISSA Haréfétéguéna Christophe

Maitre-Assistant en Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Sylvanus Olympio.

BP : 57 Lomé, Email : christophebissa@hotmail.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Les avulsions dentaires sont des actes courants en stomatologie et odontologie mais ne sont pas dénuées de complication. Aussi, un interrogatoire à la recherche d'antécédents pathologiques et l'information du patient sont-ils les étapes obligatoires. Nous rapportons un cas d'hémophilie A découvert au décours d'une hémorragie buccale post-extraction dentaire.

Observation : un patient de 34 ans a été reçu dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé pour une persistance de saignement après l'extraction de la 37 évoluant depuis 15 jours environs. En vue de maîtriser le saignement, des injections de desmopressine, d'acide tranexamique, d'acide aminocaproïque, de Vit K lui ont été administrées sans succès. Localement, un pansement compressif avec de la colle biologique a été fait. Ces traitements n'ont pas amendé le saignement qui s'est poursuivi, plongeant le patient dans un état de choc hémodynamique sévère étant donné que, malgré le taux d'hémoglobine faible (Hb = 4,2g/dl), le patient refusait toute transfusion sanguine. Une réanimation a été nécessaire avec des macromolécules et une hémostase a été réussie par électrocoagulation. L'évolution a été favorable et le bilan d'hémostase secondaire notait une baisse du taux des facteurs VIII (17%, normales 60 - 150%) et IX (56,2%, normale ≥ 60%), concluant à une Hémophilie A.

Commentaires : La réalisation d'une avulsion dentaire nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale notamment la recherche d'antécédents afin de prévenir toute complication. Les états pathologiques existent et sont variés et l'évolution de la recherche médicale permet aux praticiens d'exercer le plus souvent en toute sécurité à condition de respecter les règles.

MOTS-CLÉS : STOMATORRAGIE ; EXTRACTION DENTAIRE ; COAGULOPATHIE.

SUMMARY

Introduction: Dental extractions are common in oral surgery and dentistry but complications can occur. Indeed, the medical story in search of pathological antecedents and information of the patient are important. We report a case of haemophilia A discovered during a management of oral bleedings after dental extraction.

Observation: A 34-year-old patient was admitted to the Oral Maxillofacial Surgery Unit of Sylvanus Olympio CHU of Lomé for management of oral bleeding after dental extraction since 15 days. In order to control bleeding, local treatment (compressive dressing and biological glue) and injections of Desmopressin, tranexamic acid, aminocaproic acid, Vit K were administered without success. These treatments did not stop the bleeding which resulted in a severe hemodynamic shock because, despite the haemoglobin level (Hb = 4.2 g / dl), the patient refused any blood transfusion. Reanimation was necessary with macromolecules and haemostasis was obtained by electrocoagulation. The clinical condition has improved and the exploration of secondary hemostasis noted a decrease in the rate of factors VIII (17%, normal 60 - 150%) and IX (56.2%, normal ≥ 60%), concluding with Haemophilia A .

Commentary: The practice of dental extractions requires the observance of rules inherent in any surgical practice including the knowing of the medical history of the in order to prevent any complication. Pathological states exist and are varied and the evolution of medical research allows practitioners to practice most often safely provided they respect the rules.

KEYS - WORDS: ORAL BLEEDING; DENTAL EXTRACTION; HAEMOPHILIA

INTRODUCTION

Les extractions dentaires constituent un acte à haut risque hémorragique chez les patients atteints de maladies hémorragiques constitutionnelles. Elles sont même assez fréquemment révélatrices des formes atténuées de ces maladies ^[1]. Les coagulopathies sont une défaillance dans le système de coagulation marquées cliniquement par une hémorragie excessive et une absence de coagulation ^[2]. Nous rapportons un cas d'hémophilie A découverte au décours de la prise en charge d'une stomatorragie post-extraction dentaire.

OBSERVATION

Un patient de 34 ans, sans antécédent pathologique médical ou chirurgical connu, a été reçu dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale pour une hémorragie buccale évoluant depuis 18 jours. Il s'agissait de la persistance d'un saignement après une extraction dentaire de la deuxième molaire mandibulaire gauche (37) sous anesthésie locale dans un cabinet dentaire privé qui s'est apparemment bien déroulée. Mais, le saignement post-extraction ne s'est pas arrêté 48 heures après. Ce qui motiva, lors de la consultation de contrôle, l'application d'hémostatiques locaux et de la colle biologique, en plus d'un pansement compressif. Ce traitement n'a pas arrêté le saignement. Le patient fut ensuite référé dans un centre médical où des traitements à base de desmopressine, d'acide tranexamique, d'acide aminocaproïque, de Vit K lui ont été administrés. Malgré cet arsenal thérapeutique, l'hémorragie s'est poursuivie. Les complications hémodynamiques ont plongé le patient dans un état de choc hémodynamique. Admis en unité de réanimation et malgré une anémie sévère (Hb = 4,2g/dl), le patient s'est refusé à toute transfusion sanguine pour des raisons personnelles. Il lui a été alors administré des macromolécules et du fer injectable, sous oxygénation. Pendant ce temps, le saignement persistait. C'est ainsi qu'il a été référé dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU Sylvanus Olympio de Lomé pour une meilleure prise en charge. Le patient a été ainsi reçu dans un contexte d'urgence marqué par un état de choc, une pâleur sévère et sous une bouteille d'oxygène mobile.... Dans le service, le patient a été immédiatement admis au bloc opératoire, la réanimation a été poursuivie. L'examen de la cavité buccale a été réalisée sous anesthésie générale. On notait une muqueuse gingivale inflammatoire et hémorragique autour de l'alvéole de

la 37 absente, et dont la cavité alvéolaire contenait des traces de colle biologique et quelques caillots striés de sang. On notait également un saignement en nappe diffus au niveau de la cavité alvéolaire et de la muqueuse gingivale inflammatoire. Il a été réalisé une électrocoagulation progressive et minutieuse, aboutissant à un arrêt total du saignement. L'évolution a été favorable avec la réanimation et l'administration de fer injectable. Un bilan complet lui a été demandé mettant en évidence une sévère anémie (Hb = 4,2g/dl), et une perturbation du bilan d'hémostase secondaire qui notait une baisse du taux des facteurs VIII (17%, normales 60 – 150%) et IX (56,2%, normale ≥ 60%). Il s'agissait donc d'une Hémophile A.

Les suites ont été favorables et le patient a été adressé au service d'Hématologie Clinique pour la prise en charge de sa coagulopathie.

COMMENTAIRES

Au-delà d'une technique chirurgicale parfaitement maîtrisée et aguerrie, l'avulsion dentaire reste un acte dont le contexte médical est à prendre en compte dans sa globalité. Ainsi, l'interrogatoire doit être précis, les examens prescrits et la prophylaxie médicamenteuse doivent être pertinents. L'interrogatoire précis du patient lors de la consultation préopératoire permet, dans la plupart des cas, de dépister une telle pathologie ou de la suspecter du fait du caractère héréditaire de l'hémophilie.^[3]

Le cas que nous rapportons n'a, à l'évidence, pas fait l'objet d'une recherche d'antécédents. Dans la littérature, il est rapporté que les actes de chirurgie orale chez les patients à risque sont pratiqués en milieu hospitalier le plus souvent et ce, en collaboration avec les spécialistes des pathologies connexes ^[4] Aucun renseignement n'a été donné sur le type d'anesthésie réalisée. Or, des recommandations existent lorsqu'il s'agit de réaliser des extractions dentaires chez des patients souffrant de coagulopathie : le protocole stomatologique et le protocole hématologique. L'anesthésie locale est la plus recommandée ^[1]. Et, l'anesthésie locorégionale, au niveau de l'épine de Spix, n'est pas indiquée compte tenu du risque d'hématome ^[5]. L'hémostase locale post-avulsion a été réalisée 48h après avec la persistance du saignement dans notre cas. En général, ces mesures d'hémostase sont prises dès l'avulsion dentaire, l'état pathologique du patient étant connu. A côté des méthodes habituellement utilisées avec du matériel hémostatique de type mèches de cellulose oxydée, sutures au fil résorbable, colle biologique, lambeaux locaux

[4, 6], il en existe de nouvelles avec l'hémostase par le laser CO₂, la gouttière thermoformée [1]. Ces nouvelles méthodes ont été recommandées par certains auteurs du fait des effets non souhaités des anciennes méthodes. En effet, la suture par fils résorbables pose parfois le problème de leur élimination prématurée ou retardée et de leur tolérance (action profibrinolytique d'une éventuelle réaction inflammatoire) et l'origine humaine de certaines colles biologiques ont été les principales raisons évoquées [7]. De plus, les gouttières sont souples, non compressives, facilement supportées et protègent le site opératoire des traumatismes et des infections, facteurs favorisant la persistance du saignement [1, 7]. Lesca a proposé une nouvelle technique de compression alvéolaire associant une membrane résorbable en forme de gouttière, posée en extemporané et un adhésif cyanoacrylate [8].

Le protocole hématologique est en principe établi par les hématologistes et pratiqué en milieu hospitalier [7]. Dans notre cas, des traitements à base de desmopressine, d'acide tranexamique, d'acide aminocaproïque et Vit K ont été administrés mais sans toutefois avoir recours à un quelconque protocole hématologique. Dans la littérature, l'administration de facteurs d'hémostase déficitaire, la transfusion de dérivés plaquettaires et certains traitements généraux (Desmopressine, Acide tranexamique), sont recommandés et pratiqués en fonction de la sévérité des déficits [1, 7, 9, 10]. En cas d'hémophilie sévère, l'administration de facteur est nécessaire ; dans les déficits modérés et mineurs, ce traitement substitutif fait place aux traitements généraux mais il est mis en œuvre en cas d'hémorragie post-opératoire [2, 4, 7, 11, 12]. Ces protocoles sont pratiquement identiques à ceux pratiqués chez les patients traités par les anticoagulants. En effet, les traitements anticoagulants étant souvent des traitements chroniques, les patients sont pratiquement soumis aux mêmes protocoles que ceux porteurs de déficits constitutionnels de facteurs d'hémostase [13, 14].

CONCLUSION

Les avulsions dentaires chez les patients présentant des troubles de la coagulation sont de pratique courante en milieu hospitalier. La prise en charge spécifique décrite nécessite le respect des recommandations et surtout une collaboration étroite entre le stomatologiste et l'hématologiste afin de déterminer la stratégie optimale de réalisation des extractions (anesthésie locale ou générale, indication du traitement substitutif, traitement général...)

RÉFÉRENCES

1. KADDOUR BRAHIM A, STIELTJES N, ROUSSEL-ROBERT V, YUNG F, GINISTY D. Extractions dentaires chez l'enfant présentant une maladie hémorragique constitutionnelle. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006;107:331-337
2. LAGUNA P, KLUKOWSKA A. Management of oral bleedings with recombinant factor VIIa in children with haemophilia A and inhibitor. *Haemophilia* 2005;11:2-4.
3. SEMUR F, SEIGNEURIC J.-B. Complications des avulsions dentaires : prophylaxie et traitement. *EMC (Elsevier WMasson SAS, Paris), Stomatologie*, 22-092-B-10, 2007.
4. SZEKELY E, BARALLE M-M, RAOUL G, MAREY A, FERRI J. Avulsions dentaires et coagulopathies *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005; 106, 5, 276-280
5. PIOT B, SIGAUD-FIKS M, HUET P, FRESSINAUD E, TROSSAERT M, MERCIER J. Les extractions dentaires chez les patients porteurs d'un trouble de l'hémostase. Proposition d'un protocole basé sur le type d'anesthésie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2003;104: 73-6.
6. PERNOD G, BARRO C, BLANC-JOUVAN F, POLACK B. Routine preoperative evaluation of hemostasis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2003;104: 91-7.
7. PIOT B, SIGAUD-FIKS M, HUET P, FRESSINAUD E, TROSSAERT M, MERCIER J. Management of dental extractions in patients with bleeding disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93:247-50.
8. LESCA C, BOUMENDJEL S, BOUMENDJEL M, HEFIED M, BEN ISMAIL S, BONNEFOUS D. Hémostase locale par membrane enduite de cyanoacrylate, après avulsions dentaires sous anticoagulants ou anti-agrégants. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2012;113:143-147
9. FRACHON X, POMMEREUIL M, BERTHIERAM, LEJEUNE S, HOURDIN-EUDE S, QUERO J, et al. Management options for dental extraction in hemophiliacs: a study of 55 extractions (2000-2002). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:270-5
10. BETTEGAA G, SCHIRB E. Dérivés plaquettaires et chirurgie orale et maxillo-faciale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2012;113:205-211
11. RAMSTROM G, SINDET-PEDERSEN S, HALL G, BLOMBACK M, ALANDER U. Prevention of post-surgical bleeding in oral surgery using tranexamic acid without dose modification of oral anticoagulants. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1211-6
12. GANGLOFF P. Avulsions multiples chez une hémophilie A sévère ayant développé des inhibiteurs au facteur VIII. *Inf Dent* 2004;86(9):528.
13. PERSAC S, BOLAND F-X, LAVIS J-F, TARDIF A. Avulsions dentaires et anticoagulants. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2007;108:189-192
14. LEVESQUE H, PERON JM. Antiagrégants plaquettaires et antivitamine K en stomatologie et chirurgie maxillofaciale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2003;104:80-90.