

Prise en charge périopératoire d'une mise en état bucco-dentaire chez deux patients atteints de déficit congénital en facteur de coagulation.

Auteurs : Randriamandrato TAV*, Rajaonera TA*, Rakotoarison RA**, Ranjava N*, Rakoto Alson AO***, Rakoto Alson S****

*USFR Réanimation chirurgicale CHU-JRA, Antananarivo

**Service ORL-CCMF, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

***Service Hématologie CHU-JRA, Antananarivo

****Département Parodontologie, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar

Auteur correspondant : Randriamandrato Tantely Anjarahaingo Voahangiarivola
Ancien Interne des Hôpitaux en Anesthésie Réanimation,
USFR Réanimation Chirurgicale CHU-JRA, Antananarivo
Tel : +261 32 02 098 21
e-mail : ilontsaina@yahoo.fr

Résumé

La mise en état bucco-dentaire, en particulier celle nécessitant une extraction dentaire, présente un danger pour les patients présentant un déficit en facteur de coagulation. Ce travail rapporte des cas de prise en charge périopératoire d'une extraction dentaire chez deux patients porteurs de déficit congénital en facteur de coagulation.

Le taux de facteur de coagulation déficitaire de base est connu très bas pour ces deux patients. Avant, pendant et après l'extraction dentaire, il fallait assurer une hémostase normale en augmentant le taux de ce facteur déficitaire. Les concentrés en facteurs de coagulation n'étant pas disponibles du fait de leur coût, une alternative de substitution a été assurée en transfusant du plasma frais congelé, avec contrôle biologique de l'hémostase. Un traitement antifibrinolytique adjuvant a complété la prise en charge. Les deux patients, atteints d'hémophilie A sévère et d'afibrinogénémie, ont présenté des suites opératoires post-avulsionnelles correctes sans problème hémorragique.

Mots clés : Déficit en facteur de coagulation, extraction dentaire, Madagascar.

Summary

Setting dental oral status, especially requiring tooth extraction, is a danger to patients with clotting factor deficiencies. We report perioperative management of tooth extraction in two patients with congenital deficiency of clotting factor.

The loss rate of coagulation factor for both patients is known very low. Before, during and after tooth extraction, there was a need for normal hemostasis by increasing the rate of this factor. Concentrates of coagulation factors were not available due to their cost, an alternative substitution was provided by transfusing fresh frozen plasma, with biological control of hemostasis. An antifibrinolytic adjuvant treatment completed the management. The two patients with severe hemophilia A and afibrinogenaemia, showed a correct postoperative without bleeding problem.

Key words : Deficiency in clotting factor, tooth extraction, Madagascar.

Introduction

Tout acte chirurgical au cours d'une mise en état bucco-dentaire, en particulier nécessitant une extraction dentaire, présente un danger pour les patients présentant un déficit en facteur de coagulation. L'hygiène bucco-dentaire doit être de rigueur chez ces patients. Des précautions particulières permettront de

prévenir les risques hémorragiques qui peuvent être fatals. Cette prise en charge doit être pluridisciplinaire et spécialisée [1]. L'objectif de ce travail est de rapporter des cas de prise en charge périopératoire d'une extraction dentaire chez deux patients porteurs de déficit congénital en facteur de coagulation.

Observations

Le premier cas concernait un garçon de 8 ans, hémophile A sévère (avec un taux de facteur VIII de base à moins de 1%) ; admis dans le Service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA pour une préparation à une extraction dentaire. A son admission, l'enfant n'a présenté aucune manifestation hémorragique. En l'absence de concentré en facteur VIII, l'enfant a reçu une transfusion de 3 poches de plasma frais congelé (PFC) dans le but d'obtenir un taux de facteur VIII supérieur à 10%. Un traitement antifibrinolytique à base d'acide tranexamique (*Exacyl*[®]), à la dose de 10mg/kg par jour la veille de l'extraction a été institué. L'extraction était réalisée le lendemain matin sans incidents ni évènements hémorragiques particuliers. Puis, afin de maintenir le taux de facteur VIII, une deuxième transfusion par deux poches de PFC a été faite avec poursuite de l'acide tranexamique à la même dose. Le

taux de facteur VIII après transfusion était de 10% et l'enfant était sorti sans particularité avec maintien de l'acide tranexamique pendant 5 jours.

La deuxième patiente était une fille de 6 ans, atteinte d'une afibrinogénémie congénitale. Elle était admise en réanimation pour une préparation à une extraction dentaire. Son taux de fibrinogène de base n'est pas dosable (<0,1g/l) avec un Temps de Quick et un Temps de Céphaline avec Activateur (TCA) incoagulables. En l'absence de concentré en fibrinogène, une transfusion de trois poches de PFC la veille de l'intervention, puis deux poches après l'extraction dentaire a été réalisée afin d'obtenir une normalisation du temps de Quick et du TCA. L'intervention s'est déroulée normalement et les suites opératoires sans particularité.

Commentaires

Les actes chirurgicaux pour les patients présentant des troubles de la coagulation restent toujours très délicats et les complications hémorragiques peuvent engager le pronostic vital. Cependant, toute chirurgie est possible chez ces patients [2]. La sévérité des manifestations hémorragiques dépend essentiellement de l'importance du déficit en facteur de coagulation considéré [3]. La mise en état bucco-dentaire est importante pour les personnes porteuses de déficit en facteur de coagulation, afin de prévenir les maladies parodontales sources d'hémorragie par un saignement gingival [4].

Pour les cas présentés, il s'agissait d'un déficit sévère en facteur de coagulation pour l'hémophilie ou l'afibrinogénémie. Ils sont donc à haut risque hémorragique. Les patients présentant un déficit sévère en facteur de coagulation doivent être bien préparés avant tout acte susceptible de déclencher un syndrome hémorragique, et l'apport des facteurs déficitaires constitue le traitement logique avant l'intervention [3]. L'extraction dentaire est l'une des interventions à risque chez des enfants porteurs des maladies hémorragiques, mais c'est un acte obligatoire et physiologique. Les injections profondes, l'administration

d'anesthésique local et les interventions chirurgicales, notamment les extractions dentaires ne devraient être faites qu'après une substitution appropriée du taux de facteur de coagulation [5]. Les traitements substitutifs devraient être instaurés avant l'acte, mais ils n'étaient pas disponibles du fait de leur coût. La transfusion de plasma frais constitue une alternative à ces traitements, en apportant le facteur manquant, bien qu'à dose moindre, en cas de situation à risque hémorragique [6].

A Madagascar, comme dans les autres pays en développement, il est difficile d'obtenir des concentrés en facteurs de coagulation. Le plasma reste la composante du sang pouvant apporter tous les facteurs de coagulation. Le PFC permet de traiter les troubles de coagulation rares en l'absence de concentré du facteur déficitaire [7]. Le plasma était donc privilégié dans ces cas afin de corriger le déficit en facteur de coagulation. Il a montré son efficacité chez l'enfant hémophile par l'augmentation significative du taux de facteur VIII et l'absence de manifestations hémorragiques post-avulsionnelles. De même chez l'enfant afibrinogénémique, les suites hémorragiques ont pu être évitées. Actuellement, des études sont en cours pour montrer la relation entre

l'augmentation du taux de facteur de coagulation et la quantité de plasma transfusée.

Un traitement complémentaire antifibrinolytique permettra de maintenir en place le caillot de fibrine formé et évitera une chute d'escarre précoce. L'acide tranexamique apporte ainsi son intérêt surtout sur les manifestations hémorragiques au niveau des muqueuses comme les gingivorragies, les autres hémorragies endobuccales et il est particulièrement indiqué dans les soins bucco-dentaires avec risques de

saignement [3, 8]. On préconise l'administration d'acide tranexamique avant la perfusion de facteur à une dose de 25 à 50mg/kg, pris oralement toutes les 6 à 8h, la veille et pendant 10 jours postopératoires [9]. Ce médicament existe même sous-forme de rince-bouche qui est très avantageux pour l'extraction dentaire [10]. Pour le cas de nos patients, l'association PFC et antifibrinolytique permet de bien gérer et de prévenir les complications hémorragiques au cours de l'extraction dentaire chez les patients présentant un déficit en facteur de coagulation.

Conclusion

La prise en charge des patients présentant un déficit en facteur de coagulation pose encore un problème majeur à Madagascar, même pour les actes considérés comme minimes. L'extraction dentaire et les autres types de soins dentaires avec risques de saignement nécessitent des précautions particulières

pour prévenir le syndrome hémorragique. La transfusion de plasma et l'utilisation de l'acide tranexamique, disponibles à Madagascar, permettent de bien gérer ces actes, mais il serait mieux de préciser la relation entre le taux de facteur déficitaire et la quantité de plasma transfusé.

Références

- 1- Borel-Derlon A. Prise en charge périopératoire de l'hémophilie et de la maladie de Willebrand. Conférences d'actualisation 2002, p. 147-56.
- 2- Négrier C, Sultan Y. Hémophilie. Manuel d'hémostase, option Bio. Paris : Elsevier ; 1995. p. 337-54.
- 3- Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves, Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare. Guide des affections de longue durée. HAS 2007.
- 4- Rakoto Alson S, Rakoto Alson AO, Razafindrabe JAB, Rasamindrakotroka A.

- Gingivorragie et hémophilie. *J Med Ther* 2007; 11 (28): 3-5.
- 5- Lignes directrices pour la prise en charge de l'hémophilie. Fédération mondiale de l'hémophilie 2008 ; p. 15.
 - 6- ANSM-HAS. Transfusion de plasma thérapeutique : Produits, indications. Actualisation 2012
 - 7- Qu'entend-on par déficit en facteur de coagulation rare ? Fédération mondiale de l'hémophilie (FMH) 2009 ; p.22.
 - 8- Qu'entend -on par déficit en facteur de coagulation rare ? Fédération mondiale de l'hémophilie (FMH) 2010 ; p.22.
 - 9- Hemophilia of Georgia. Protocols for the treatment of hemophilia and von Willebrand disease. 2004.
 - 10- Kitchen, S. and Angus Mc Craw. Diagnosis of hemophilia and other bleeding disorders: A laboratory manual. World Federation of Hemophilia. 2000.