

GINGIVORRAGIE POST AVULSION DENTAIRE CHEZ DES PATIENTS HÉMOPHILES A : TROIS CAS PRIS EN CHARGE EN RÉANIMATION CHIRURGICALE D'UN CHU D'ANTANANARIVO

POST-DENTAL AVULSION GINGIVAL BLEEDING IN HEMOPHILIA A PATIENTS: THREE CASES ENROLLED IN INTENSIVE CARE UNIT IN A HOSPITAL CENTER OF ANTANANARIVO

Auteurs: Rahanitriniaina NMP¹, Razafindrainibe T¹, Rasoariseheno FJ³,
Randriamampianina T¹, Andrianjafiarinoa TRA¹, Rakotonomenjanahary S¹,
Rakotondrainibe A¹, Randriamandrato TAV¹, Rajaonera AT¹, Rakoto Alson AO²,
Rakotoarison RA³, Rakoto Alson S⁴

1. Réanimation chirurgicale CHU-JRA, Antananarivo

2. Hématologie CHU-JRA, Antananarivo

3. Chirurgie cervico-maxillo-faciale, CENHOSOA

4. Parodontologie, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar

Auteur correspondant : RAHANITRINIAINA Nadia Marie Philibertine
Médecin spécialiste en Anesthésie Réanimation
Mail : rahanitranadia@gmail.com

RESUMÉ

L'hémophilie A est une maladie hémorragique congénitale liée à un déficit en facteur anti-hémophilique A. Cette maladie est caractérisée par des manifestations hémorragiques spontanées ou après traumatisme minime. Le traitement est substitutif par l'apport du facteur manquant permettant la constitution d'un caillot de fibrine. Les incidents hémorragiques sont fréquents même après un geste chirurgical comme l'avulsion dentaire sans couverture thérapeutique. Ce travail rapporte trois cas d'enfants hémophiles A admis en réanimation pour gingivorragie après avulsion dentaire. Le taux de facteur de base de facteur VIII de ces enfants est <1% définissant une hémophilie A sévère. Le traitement en réanimation consistait en une transfusion de concentrés de facteur VIII, de plasma frais congelé (PFC), d'acide tranexamique accompagné d'un pansement imbibé d'acide tranexamique compressif au niveau gingival.

Les concentrés en facteurs de coagulation, en l'occurrence le facteur VIII pour ces hémophiles A sont disponibles à Madagascar grâce au don de *Aid Humanitarian Program* de la *WFH World Federation of Hemophilia*. Pour bien prendre en charge les patients hémophiles, il faut assurer une hémostase normale en augmentant le taux du facteur déficitaire avant, pendant et après une procédure médico-chirurgicale, comme l'extraction dentaire. En cas de rupture de stock de concentré de facteur, une alternative de substitution pourrait être assurée par la transfusion de plasma frais congelé, suivie

d'un contrôle biologique de l'hémostase. Un traitement antifibrinolytique adjuvant, maintenant en place plus longtemps un caillot formé, complète cette prise en charge.

Mots clés : Extraction dentaire, hémorragie gingivale, hémophilie A

Abstract

Hemophilia A is a congenital hemorrhagic disease related to a deficit of coagulation factor VIII. The bleeding events are common even after a simple act like dental avulsion. This work reports three cases of children with hemophilia admitted to resuscitation for gingivorrhage for dental avulsion. The factor VIII baseline factor of these children was <1%, definition of severe hemophilia A. Treatment in intensive care consisted of infusion of factor VIII concentrates, fresh frozen plasma (FFP), tranexamic acid, and a bandage soaked with compressive tranexamic acid at the gingival level for all three patients. Concentrates of coagulation factors, including factor VIII, are available in Madagascar. To properly manage patients with haemophilia, normal haemostasis must be achieved by increasing the level of the deficit factor before, during and after a simple medical or surgical procedure such as tooth extraction. In the event of stock-outs of factor concentrate, a surrogate alternative could be provided by transfusion of fresh frozen plasma, followed by biological control of hemostasis. Adjuvant antifibrinolytic therapy may complement this management.

Key words: tooth extraction, gingival hemorrhage, hemophilia A

INTRODUCTION

L'hémophilie est une maladie relativement rare qui peut poser des difficultés concernant la prise en charge [1]. On estime à environ 5000 le nombre d'hémophiles en France dont 2500 hémophiles sévères [2]. A Madagascar, une centaine de patients sont répertoriés au registre du Centre de Traitement de l'hémophilie à Madagascar représentant à peu près seulement 2,5% des hémophiles estimés pour tout le pays.

Les patients atteints d'hémophilie sont exposés à des complications hémorragiques pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et parfois le pronostic vital. La probabilité d'admission de patients hémophiles en réanimation est d'autant plus

faible que la plupart sont traités à domicile et qu'ils bénéficient d'une éducation thérapeutique dans les centres de traitement de l'hémophilie leur permettant de gérer eux-mêmes les situations non graves et d'éviter les accidents hémorragiques ou leurs complications [3]. La prise en charge des patients affectés, particulièrement des formes aiguës de la maladie, ne peut se limiter au traitement et à la prévention des hémorragies graves [4]. L'objectif de notre étude était de décrire la prise en charge de trois (03) patients hémophiliques admis en service de réanimation chirurgicale pour une gingivorrhagie post extraction dentaire.

OBSERVATION

Trois patients hémophiles de type A sévère ont été recrutés durant 18 mois (Janvier 2017 – Juin 2018) dans le service de réanimation chirurgicale du CHU – JRA.

Le premier cas était un garçon de 7 ans, 19 kg, ayant déjà présenté des épisodes d'épistaxis à répétition justifiant une admission fréquente en réanimation. Il a été admis cette fois ci pour une hémorragie postavulsionnelle. A l'admission, l'enfant ne présentait aucun signe de choc hémorragique mais un saignement endobuccal a été observé. L'hémogramme réalisé en urgence a montré une anémie normochrome normocytaire à 11 g/dl, un taux de prothrombine (TP) abaissé à 58% et un temps de céphaline activé (TCA) allongé avec un TCA ratio de 1,48. Le dosage du facteur VIII était de 2,5%. Le traitement instauré était d'abord local par une compression au niveau du lieu de saignement. La transfusion de plasma frais congelé (PFC) 01 poche 200mL /jour et l'injection de vitamine K1 étaient justifiées par la baisse du taux de prothrombine). Le traitement spécifique comportait l'infusion de concentré de facteur antihémophilique à raison de 1000 UI/jour (soit environ 50 UI/kg/jour). Un traitement antifibrinolytique à base d'acide tranexamique 20mg/kg/j complétait la prise

en charge. Le TCA restait légèrement allongé après adjonction de facteur antihémophilique mais l'enfant a pu être transféré, après neuf jours en réanimation, en chirurgie pédiatrique. On notait un resaignement à J3 d'hospitalisation en réanimation. La recherche d'inhibiteur antihémophilique A était revenue négative. L'enfant est rentré après arrêt complet de l'hémorragie.

Le deuxième cas était un garçon de 5 ans, 15 kg, admis pour une gingivorragie post extraction dentaire, sans antécédent hémorragique notable dans son histoire médicale. Une hémorragie au niveau gingival a été notée depuis l'extraction d'une dent de lait deux jours avant son admission. A l'admission, l'état hémodynamique de l'enfant était stable, sans signe de détresse vitale mais avec des saignements d'origine endo-buccale. L'hémogramme a révélé une anémie normochrome normocytaire à 7 g/dL, Le diagnostic d'une hémophilie A sévère était établie devant un taux de prothrombine pratiquement normal à 77%, un TCA allongé avec un TCA ratio de 2,54 et un dosage des facteurs antihémophiliques avec une valeur normale pour le facteur IX mais une valeur inférieure à 1% pour le facteur VIII. Une transfusion de CGR 100 ml et

150 ml de PFC était faite dès l'admission avec injection IV d'antifibrinolytique à base d'acide tranexamique 20 mg/kg/j. L'injection de concentré de facteur VIII à raison de 1000 UI (67 UI/kg) deux fois par jour constituait le traitement spécifique. Le traitement local consistait en une compression locale avec pansement imbibé d'acide tranexamique compressif au niveau de l'alvéole de la dent enlevée maintenu pendant quelques minutes trois fois par jour. L'enfant est sorti de l'hôpital sans avis médical à J3 d'hospitalisation, mais revu en contrôle régulier au centre de traitement de l'hémophilie par la suite.

Le troisième et dernier cas était un garçon de 7 ans, 17 kg, diagnostiqué comme hémophile A sévère à l'occasion de cette hospitalisation. Il a subi une extraction dentaire sans traitement substitutif. Il a été admis en réanimation pour une gingivorragie survenue quelques heures après cette extraction dentaire. Il a déjà présenté auparavant des épisodes hémorragiques à type d'hématome cutané et

d'épistaxis sans avoir été diagnostiqué de façon formelle. L'examen clinique à l'entrée a révélé un saignement buccal mais sans retentissement hémodynamique. L'hémogramme montrait une anémie normochrome normocytaire à 11 g/dL le TCA allongé était avec un ratio de 1,51. Le taux de facteur VIII ne dépassait pas 1%. Le traitement instauré comportait la transfusion de 200 ml de PFC, l'injection de 750 UI/j (40UI/kg/j) de concentré de facteur VIII jusqu'à la disparition de l'hémorragie, un antifibrinolytique à base d'acide tranexamique de 500 mg/j, et un traitement local par un pansement compressif. Le TCA corrigé après addition de plasma normal et après injection de facteur éliminait le développement d'inhibiteur chez cet enfant. Celui-ci était sorti, l'hémorragie étant arrêtée, après 2 jours d'hospitalisation. Un contrôle régulier au centre de traitement de l'hémophilie était recommandé à sa sortie. L'évolution clinique de ces enfants était immédiatement favorable durant leur séjour en réanimation

DISCUSSION

Un acte hémorragique chez l'hémophile entraîne toujours un syndrome hémorragique sans couverture hémostatique suffisante à base d'injection substitutive du facteur manquant. Ces accidents hémorragiques chez l'hémophile

justifient leur admission en service de réanimation chirurgicale. Trois enfants hémophiles ayant subi une extraction dentaire sans couverture suffisante ont été admis en réanimation pendant une période d'étude de 18 mois. Pour deux d'entre eux,

l'hémophilie était révélée à cette occasion, bien que des épisodes hémorragiques anormaux étaient déjà mentionnés dans ses antécédents. Cette admission en réanimation a permis de mener les investigations pour le diagnostic d'une hémophilie A sévère qui devait être confirmée plus tard par un prélèvement ultérieur. Un était déjà connu hémophile mais la dent a été enlevée car elle bougeait. L'enlèvement de la dent a ainsi été faite sans couverture par traitement substitutif.

La prise en charge en réanimation d'une situation d'hémorragie après extraction dentaire Concernant ces trois cas, la prise en charge d'une gingivorragie chez un hémophile A était faite d'une transfusion de PFC, du concentré de Facteur VIII, de l'acide tranexamique suivi d'un pansement compressif. Le traitement adjuvant est la transfusion de CGR en cas d'anémie.

Les hémorragies chez les patients hémophiliques étaient fréquentes et leur prise en charge est délicate s'il n'y a pas de concentré des facteurs car le traitement de l'hémophilie est surtout transfusionnel en apportant le facteur déficient [5]. Les posologies en UI/kg sont calculées suivant les recommandations de la Fédération Mondiale de l'Hémophilie, en fonction de la sévérité de l'hémophilie, de l'accident et du siège de l'hémorragie et enfin de l'existence ou non d'un anticorps circulant [6]. Une

dose de 20 UI/kg élève le taux de facteur anti-hémophilique de 40% [7]. Elle suffit pour arrêter une hémorragie modérée [8]. Des transfusions de concentré globulaire en cas d'anémie et de PFC qui apportent des unités de facteur VIII sont possibles [9]. A Madagascar, comme dans d'autres pays en développement, il est difficile d'obtenir des concentrés en facteurs de coagulation. En cas de déficit en facteur, une transfusion de PFC est recommandée même si la demi-vie courte du facteur VIII (6h-8h) dans le PFC est d'une efficacité relative [10].

Le premier patient avait présenté une récurrence hémorragique à J3 d'hospitalisation en réanimation. La recherche d'anticorps anti-hémophilique A était réalisée mais revenu négatif. Une transfusion de PFC était d'actualité chez les patients hémophiles qui développent des anticorps anti-hémophiliques [11].

En cas de manifestations hémorragiques endobuccales surtout les gingivorragie, l'acide tranexamique apporte son intérêt. Selon les recommandations, l'administration d'acide tranexamique avant la perfusion de facteur à une dose de 25 à 50mg/kg, pris oralement toutes les 6 à 8 heures, la veille et pendant 10 jours postopératoires [12]. Ce médicament existe même sous-forme de rince-bouche qui est très avantageux en cas d'une extraction dentaire [13].

L'admission en réanimation des patients hémophiliques est fréquente.

CONCLUSION

La gingivorragie est fréquente chez les patients hémophiles. 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, l'adjonction des facteurs

manquants et l'utilisation de l'acide tranexamique, disponibles à Madagascar, permettent de bien gérer ces actes. Pour le patient hémophile, il faudra faire attention devant les « petits soins, même minimes ».

RÉFÉRENCES

1. Rakoto Alson S, Rakoto Alson AO, Razafindrabe JAB, Rasamindrakotroka A. Gingivorragie et hémophilie. *J Med Ther* 2007; 11 (28): 3-5.
2. Schved JF. Prise en charge de l'hémophile aux urgences. *Le Praticien en anesthésie réanimation*. 2009 ; 13, 365-70.
3. Den Uijl IE, Fisher K., Van Der Bom JG., Grobbee DE., Rosendaal FR and Plug I. Clinical outcome of moderate haemophilia compared with severe and mild haemophilia. *Janvier 2009, Vol. 15, pp. 83-90. Erratum in: Haemophilia. 2009;15(2):637.*
4. Berthon-Elber M. La prophylaxie en hémophilie : pour quels bénéfices ? *Hémophilie*. 2011, 196, 14-17.
5. Manco-Johnson M, Abshire TC, Shapiro A, Riske B, Hacker MR, Kilcoyne R, et al. Prophylaxis versus episodic treatment to prevent joint disease in boys with severe hemophilia. *N Engl J Med* 2007;357:535—544.
6. Fédération Mondiale de l'Hémophilie : lignes directrices pour la prise en charge de l'hémophilie, 2008.
7. Srivatsava A. Dose and response in haemophilia — Optimization of

- factor replacement therapy. *Br J Haematol* 2004; 127:12—25.
8. Alpkilic Baskirt E, Albayrak H. and Pinar Erdem A. Dental and Periodontal Health in Children with Hemophilia. *Journal of coagulation disorders*. Juillet 2009.
 9. Naveen Kumar J., Amil Kumar R., Varadarajan R. and Sharma N. Specialty dentistry for the hemophiliac: Is there a protocol in place? *Indian Journal of Dental Research*. 2007, 18 (2), 48-54.
 10. Randriamandrato TAV, Rajaonera TA, Rakotoarison RA, Ranjava N, Rakoto Alson AO, Rakoto Alson S. Prise en charge périopératoire d'une mise en état bucco-dentaire chez deux patients atteints de déficit congénital en facteur de coagulation. *Revue d'odontostomatologie malgache en ligne*. 2013 ; 6 :25-29
 11. Heiland M, Weber M and Schmelzle R. Life-threatening bleeding after dental extraction in a hemophilia A patient with inhibitors to factor VIII: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003. 61 (11), 1350-53.
 12. Stubbs M, Lloyd J. A protocol for dental management of von Willebrand's disease, haemophilia A and haemophilia B. *Australian dental journal*; 2001:46 (1), 37 – 40.
 13. Kitchen, S. and Angus Mc Craw. Diagnosis of hemophilia and other bleeding disorders: A laboratory manual. *World Federation of Hemophilia*. 125. 2000.