

SOINS EN ODONTOSTOMATOLOGIE

CHEZ LES HEMOPHILES

Auteurs: Randriamampianina T¹, Rakotonomenjanahary S², Randrianazary SE³, Razafindrainibe T, Rahanitriniaina NMP, Rabenandrianina ATH⁴, Rakoto Alson S³, Rakotoarison R⁵, Rakoto Alson AO¹

1. *Hématologie CHU-JRA, Antananarivo*
2. *Réanimation chirurgicale CHU-JRA, Antananarivo*
3. *Parodontologie, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar*
4. *Laboratoire CHU PzaGa Androva Mahajanga*
5. *CENHOSOA*

Résumé

Introduction : L'hémophilie, maladie hémorragique héréditaire récessive, liée au chromosome X, touche essentiellement les garçons. Elle est due à une diminution, voire un déficit total en facteur de la coagulation VIII (hémophilie A) ou en facteur de la coagulation IX (hémophilie B). Notre objectif est de rapporter des cas d'hémophiles nécessitant des soins buccodentaires, afin de discuter sur la prise en charge

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, portant sur les hémophiles, suivis au centre de traitement des hémophiles (CTH) du CHUJRA, et en collaboration avec le Service d'Odontostomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale au CENHOSOA Antananarivo, portant sur une période d'un an, allant du 01 Octobre 2018 au 30 Septembre 2019.

Résultats : Huit patients ont été recensés dont cinq hémophiles A et trois hémophiles B. L'âge moyen des patients était de 14 ans. Six des patients ont moins de 18 ans. L'extraction de dents mobiles constitue le motif de consultation des enfants alors que les adultes sont venus pour soins de dents cariées. Avant l'extraction dentaire, ils ont reçu un facteur substitutif à raison de 50UI/kg en IV dans les heures précédant les soins, suivi d'une injection immédiate après les soins de 50UI/kg/j jusqu'à cicatrisation totale et arrêt du saignement. Par ailleurs, un traitement anti fibrinolytique par acide tranéxamique et des mesures hémostatiques locales ont été prodigué de façon systématique.

Conclusion : L'hygiène buccodentaire est primordiale pour les hémophiles afin de réduire les risques hémorragiques graves secondaires à une infection. En cas d'indication d'avulsion dentaire, des injections du facteur manquant doivent être programmées, avant et après l'acte jusqu'à cicatrisation. Les traitements adjuvants gardent une place importante.

Mots clés : Odontostomatologie, Hémophilie, soins buccodentaires, facteur VIII et IX, hygiène buccodentaire

Abstract

Introduction: Hemophilia is a hereditary recessive bleeding disorder linked to the X chromosome, which mainly affects boys. It is due to a decrease or even a total deficit in coagulation factor VIII (hemophilia A) or factor IX coagulation (hemophilia B). Our goal is to report cases of hemophilia requiring oral care to discuss management

Patients and methods: This is a retrospective descriptive study on patients with hemophilia followed at the hemophilia treatment center (THC) of CHUJRA and in collaboration with the Department of odontostomatology and maxillofacial surgery at CENHOSOA Antananarivo during 1 year, from 01 October 2018 to 30 September 2019.

Results: Eight patients were enrolled, five with hemophilia A and three with hemophilia B. The mean age was 14 years. Six patients were under 18 years old. The children came for mobile tooth extraction, while the adults came for decayed tooth care. Before tooth extraction, they received a replacement factor at 50 IU / kg IV in the previous hours, and after treatment, an immediate injection of 50 IU / kg / d until healing was complete and bleeding stopped. Anti-fibrinolytic treatments with tranexamic acid, and local haemostatic measures were systematic.

Conclusion: Oral hygiene is essential for hemophiliacs to reduce the risk of serious bleeding secondary to infection. If dental avulsion is required, injections of the missing factor should be scheduled before and after the procedure until healing. Adjuvant treatments have an important place.

Key words: Odontostomatology, Hemophilia, Oral Care, Factor VIII and IX, Oral Hygiene

INTRODUCTION

L'hémophilie est une maladie hémorragique héréditaire récessive liée au chromosome X, qui touche essentiellement les garçons. Elle est due à une diminution, voire un déficit total en facteur de la coagulation VIII (hémophilie A) ou en facteur de la coagulation IX (hémophilie B). Par manque de l'un de ces facteurs de coagulation, la formation du caillot est altérée lors de l'hémostase secondaire, pouvant conduire à un saignement prolongé.

Le principal signe de l'hémophilie est le saignement (hémorragies digestives, intracrâniennes...). Tous les organes peuvent être siège de saignement, spontané ou provoqué par des traumatismes minimes.[1]

Il y existe 3 types d'hémophilie selon la sévérité du déficit pour l'hémophilie A et B.

- L'hémophilie sévère : taux du facteur déficient < 1%

- L'hémophilie modérée : taux de facteur déficient entre 1 et 5%

- L'hémophilie mineure : taux de facteur déficient entre 5 à 10%

Chez les patients hémophiles, les maladies bucco-dentaires peuvent provoquer des saignements graves. Les actes invasifs tels que les avulsions et les injections d'anesthésiques locaux peuvent causer des saignements qui persistent des jours, voire des semaines entières et qui ne peuvent pas être contrôlés par simple pression. [2].

Ainsi, l'objectif est de rapporter des cas de patients hémophiles ayant bénéficié de soins dentaires afin d'établir un protocole de prise en charge pour les soins odontostomatologiques chez l'hémophile.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, portant sur les hémophiles suivis au centre de traitement des hémophiles (CTH) du CHUJRA et en collaboration avec le Service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CENHOSOA

Antananarivo pendant 1 an, allant du 01 Octobre 2018 au 30 Septembre 2019.

Ont été inclus tous patients hémophiles, venus pour extraction dentaire programmée ou ayant des problèmes odontostomatologiques.

RÉSULTATS

Les patients hémophiles viennent consulter en suivi régulier au centre de traitement de l'hémophilie à raison de trois patients par jour en moyenne. Durant la période d'étude, 8 hémophiles sont venus en consultation pour extraction dentaire dont 5 hémophiles A et 3 hémophiles B. L'âge moyen était de 21 ans pour l'hémophile A et 10 ans pour l'hémophile B. L'âge moyen global était de 14 ans, avec des extrêmes de 6 et 48 ans. Six patients sont des enfants de moins de 18 ans. Les enfants sont venus pour extraction de

dent mobile, alors que les adultes sont venus pour soins de dents cariées. Pour les hémophiles A et B, avant l'extraction dentaire, ils ont reçu un facteur substitutif à raison de 50UI/kg en IV dans les heures précédentes, puis après les soins, une injection immédiate de 50UI/kg/j jusqu'à cicatrisation totale et arrêt du saignement. Les traitements anti fibrinolytiques par acide tranexamique et les mesures hémostatiques locales étaient systématiques.

DISCUSSION

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 hémophiles, afin de prévenir les maladies

parodontales, sources d'hémorragie par saignement gingival [4]. Des examens dentaires réguliers et une bonne hygiène buccale peuvent contribuer à réduire les saignements dans la bouche et prévenir le

recours à des interventions dentaires majeures.

Depuis qu'il est établi que les soins dentaires chez un patient hémophile peuvent entraîner de graves complications, les hémophiles sont considérés comme un groupe prioritaire dans l'accès à la prévention à l'hygiène bucco-dentaire. [1]

Le maintien d'une bouche en bonne santé et la prévention des problèmes dentaires est donc d'une grande importance, non seulement pour la qualité de vie et la nutrition, mais aussi pour éviter les dangers de la chirurgie. [1]

1. Préventions

La prévention des saignements est primordiale selon les recommandations suivantes.

- Une collaboration étroite entre le chirurgien-dentiste et l'équipe d'hémophilie est essentielle pour fournir des soins dentaires complets.

- Pour les personnes atteintes d'hémophilie, une bonne hygiène bucco-dentaire est essentielle pour empêcher l'apparition d'une maladie parodontale et de caries, qui prédisposent au saignement des gencives [5].

- Les examens dentaires doivent être réalisés régulièrement, dès l'apparition des dents du nourrisson.

- Les dents doivent être brossées au moins deux fois par jour à l'aide d'une brosse à

dents à texture moyenne pour enlever les dépôts de plaque dentaire.

- Le fil dentaire et les brossettes interdentaires doivent être utilisés dès que possible.

- Il faut utiliser une dentifrice contenant du fluor dans les pays où le fluor naturel n'est pas présent dans l'alimentation en eau. Au besoin, des compléments en fluor peuvent également être prescrits.

- Une évaluation orthodontique doit être réalisée pour tous les patients âgés de 10 à 14 ans afin de déterminer la présence de problèmes associés à la malocclusion, susceptible de provoquer une maladie parodontale si ce n'est pas soigné.

Chez le jeune enfant, les boissons autres que le lait et l'eau ne doivent pas être données dans les biberons et doivent être limitées aux repas principaux. Les aliments de sevrage devraient être exempts ou de faible teneur en sucre autres que ceux présents dans le lait frais, les fruits ou certains légumes frais.

Pour les enfants plus âgés, l'apport en sucre dans les boissons doit être limité le plus possible et les jus de fruits doivent être privilégiés par rapport aux boissons gazeuses (en raison du risque d'érosion ainsi que de carie).

2. Extractions et/ou soins dentaires invasifs

En cas de nécessité d'extraction dentaire ou de soins dentaires invasifs, il faut bien

préparer l'acte et suivre un protocole bien établi.

Elles sont adaptées à chaque cas :

– prescription d'antibiotiques en fonction de l'état général du patient et de l'état infectieux du site opératoire, systématique pour une alvéolectomie, une cystectomie et lors de la mise en place de gouttières hémostatiques ;

– arrêt de tout traitement anti-inflammatoire non stéroïdien au moins 48 heures avant l'intervention ; on prescrit l'antibioprophylaxie habituellement conseillée en odontostomatologie :

Pénicilline A + inhibiteur des bêtalactamases, 2g/j per os pendant 5 j ;

En cas d'allergie à la pénicilline : clindamycine + gentamicine, 600 mg en préopératoire, 600 mg/6h pendant 48 h puis per os pendant 5 j.

– prescription d'acide tranexamique à la dose de 10mg/kg en rinçage (3 min/6h) et per os (2 à 4 g/j) pendant 7 j à partir du jour de l'intervention.

Correction de l'hémostase

a) En préopératoire

Elle dépend du déficit en facteur de coagulation.

Pour un déficit modéré (1 % FH < 7 %) ou mineur (FH 7 %)

La desmopressine est indiquée lorsque le test au Minirin® est positif.

L'administration se fait selon deux modalités :

– soit Minirin® : 0,3 µg.kg⁻¹ dans 50-100 ml de sérum physiologique en perfusion IV lente en 15 à 30min pour l'hémophilie A

– soit Octim® spray nasal : 1 pulvérisation unique de 150 µg pour les patients de moins de 50 kg et 2 pulvérisations pour les patients de plus de 50 kg

Pour un déficit sévère (FH < 1 %) sans inhibiteur

Une dose unique du facteur déficitaire est injectée dans l'heure précédant l'intervention :

– pour un déficit en facteur VIII : 20-50 UI/kg de facteur VIII en 5-10 minutes ;

– pour un déficit en facteur IX : 30-60 UI/kg de facteur IX en 5-10 min.

Pour une hémophilie avec inhibiteur

– 90 µg/kg de rFVIIa (NovoSeven®) en 5-10 min, juste avant le geste opératoire ou ,

– 60-100 U/kg de Feiba® en 30-45 min, juste avant le geste opératoire.

Après l'injection des facteurs, le traitement peut être effectué en toute sécurité sous anesthésie locale au moyen de techniques disponibles pour les chirurgiens-dentistes.

L'infiltration, les injections intra papillaires et intraligamentaires sont souvent effectuées sous une couverture de facteurs (20-40 %), même si certains chirurgiens-dentistes très expérimentés peuvent administrer ces injections sans cette couverture de facteurs. [5,6]

b. Recommandations post-opératoires

Protocole pour les perfusions de concentrés de facteurs de coagulation déficitaire

Leur indication est adaptée à chaque cas :

- les perfusion(s) post-opératoire(s) de CFH sont faites à la demande lors d'un saignement post-opératoire ou laissé(s) à l'appréciation du chirurgien et de l'hématologue (type et sévérité du déficit, type de chirurgie, compliance du patient), voire du patient lui-même pour les patients hémophiles sévères pratiquant l'auto-traitement ;
- pour les hémophiles avec inhibiteur : 90 µg/kg de rFVIIa (NovoSeven®) en 5-10 min, 2 h et éventuellement 4 h après la première perfusion ou 60-100 U/kg de Feiba® en 30-45 min [7,8]

Prescriptions [7,8]

Elles comportent :

- des antalgiques : paracétamol ou dextropropoxyphène ;

- l'acide tranexamique en rinçage (3 min/6 h) et per os (2 à 4 g/j) pendant 7 j ;
- une antibiothérapie (pénicilline/acide clavulanique ou macrolides / métronidazole; 2g/j) pendant 8 j ou plus selon la durée de port des gouttières hémostatiques pour prévenir le risque infectieux ou lorsqu'il existe une infection du site opératoire.

Notice de conseils [8]

Les conseils sont donnés verbalement et par écrit :

- l'alimentation doit être liquide ou semi-liquide et tiède ou froide pendant 2 à 8 jours
- arrêt du tabac pendant la phase de cicatrisation ;
- pas de bains de bouche intempestifs ;
- en cas de saignement : il faut mordre durant 20 min sur une compresse imprégnée d'une ampoule (10 ml) d'acide tranexamique et renouveler la procédure si nécessaire ;
- communiquer un numéro de téléphone répondant 24h/24 aux appels d'urgence.

CONCLUSION

Une bonne hygiène buccodentaire est primordiale chez les patients hémophiles. La prévention des hémorragies à l'aide de l'éducation des patients et de sa famille est

importante. Il est nécessaire de former les patients et la famille pour garder une cavité buccodentaire saine, non sensible à une infection. En cas de nécessité de soins

dentaires invasifs, il faut bien suivre le protocole pour limiter les risques hémorragiques. L'injection du facteur manquant dans l'heure qui précède l'intervention doit être réalisée, puis une injection par jour en postopératoire, dont la durée sera en fonction du saignement postavulsionnel. Les traitements adjuvant

comme l'acide tranexamique ainsi que les hémostatiques locaux sont complémentaires au traitement substitutif. La prise en charge des hémophiles malgaches comporte correctement la mise en état buccodentaire en tant que prévention d'une hémorragie dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire.

RÉFÉRENCES

1. Varsi J. Prise en charge de l'enfant hémophile. Thèse de Doctorat en Médecine Humaine. 2013. 76p.
2. Randriamandrato TAV*, Rajaonera TA*, Rakotoarison RA et al. 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*. 2013;6:25-9
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. Friedman M, White B, Dougall AJ. An audit of the protocol for the management of patients with hereditary bleeding disorders undergoing dental treatment. *J Disab Oral Health* 2009;10(4):151-5.
6. Coetzee MJ. The use of topical crushed tranexamic acid tablets to control bleeding after dental surgery and from skin ulcers in haemophilia. *Haemophilia* 2007;13(4):443-4.
7. Franchini M, Rossetti G, Tagliaferri A, et al. Dental procedures in adult patients with hereditary bleeding

- disorders: 10 years experience in three Italian Hemophilia Centers. *Haemophilia* 2005;11:504–9
8. Alantar A., Ginisty D., Hassin M. et al. Avulsions dentaires et kystectomies chez les patients présentant un déficit constitutionnel en facteurs de l'hémostase : conduite à tenir. *SFMbCb*. 2005 ;11 :121-43.