

Lettres à la rédaction

C'est avec un grand intérêt que j'ai lu l'article intitulé « Etude épidémiologique sur les extractions dentaires chez les patients sous AVK en Ile-et-Vilaine » de Murielle MASSOT et coll. (Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15 : 5-15).

Dans le chapitre « discussion », les auteurs s'étonnent de la survenue de saignements bucco-dentaires postopératoires à type de caillots, d'hémorragies ou d'hématomes, signalée par des praticiens qui arrêtent les AVK pour la réalisation des extractions dentaires, alors que théoriquement le risque hémorragique devrait être nul.

Les hémorragies survenant après avulsions dentaires peuvent être précoces (immédiates ou différées de quelques heures) ou tardives (plusieurs jours après) [1,2]. Par conséquent, chez les malades soumis aux anticoagulants, si l'arrêt préopératoire des AVK peut réduire le risque de saignement précoce, il ne prévient en aucun cas l'hémorragie tardive, d'autant que les anticoagulants oraux sont réintroduits le soir ou le lendemain de l'intervention. Dans la littérature, comme dans l'enquête

réalisée en Ile-et-Vilaine, des saignements ont été rapportés malgré l'arrêt préopératoire des AVK [3]. Par ailleurs, en chirurgie buccale, les essais cliniques comparant l'arrêt versus la poursuite des AVK n'ont pas montré de différence dans le taux des complications hémorragiques postopératoires [4]. Alors que les saignements buccaux sont généralement maîtrisables par des mesures d'hémostase locale, les complications thromboemboliques secondaires à l'interruption ou à la diminution des AVK peuvent être très graves et entraîner des séquelles invalidantes (hémiplégie par accident vasculaire cérébral) ou provoquer le décès des malades [5]. D'ailleurs, dans les recommandations de la Société francophone de Médecine buccale et Chirurgie buccale faites en collaboration avec la Société française de Cardiologie [6], l'arrêt des anticoagulants oraux n'est pas justifié (grade I, niveau A) car, non seulement cette attitude expose aux redoutables complications thromboemboliques mais elle ne protège pas contre le risque hémorragique.

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 15, N° 4
2009

page 213

RÉFÉRENCES

- 1 - Pélissier A, Pélissier-Gelé B. Hémorragies d'origine dentaire : les techniques locales d'hémostase. Act Odontostomatol 1990 ; 170 : 307-22.
- 2 - Ferrieri GB, Castiglioni S, Carmagnola D, Cargnel M, Strohmenger L, Abati S. Oral surgery in patients on anticoagulant treatment without therapy interruption. J Oral Maxillofac Surg 2007 ; 65 : 1149-54.
- 3 - Della Valle A, Sammartino G, Marenzi G, Tia M, Espedito di Laura A, Ferrari F, Lo Muzio L. Prevention of post-operative bleeding in anticoagulated patients undergoing oral surgery : use of platelet-rich plasma gel. J Oral Maxillofac Surg 2003 ; 61 : 1275-8.
- 4 - Prescrire Rédaction. Antivitamine K et extraction dentaire. Peu de risques avec un INR inférieur à 4. Rev Prescrire 2004 ; 253 : 615-8.
- 5 - Wahl MJ. Dental surgery in anticoagulated patients. Arch Intern Med 1998 ; 158 : 1610-5.
- 6 - Recommandations de la Société Francophone de Médecine Buccale et de chirurgie Buccale en collaboration avec la Société Française de Cardiologie. Prise en charge des patients sous traitement antivitamines K en chirurgie buccodentaire. Med Buc Chir Buc ; 2006 ; 12 : 188-212.

FADILA DAIMELLAH¹, WACILA ZERROUKI²

1. Service de Cardiologie CHU Béni Messous Alger Algérie daimfadila@yahoo.fr

2. Service de Chirurgie et Pathologie buccale CHU Béni Messous Alger Algérie

RÉPONSE

Voici quelques commentaires pour répondre à votre intéressante lettre à la rédaction. La partie du texte qui a retenu votre attention est la suivante : « En Ille-et-Vilaine, 18,5 % des praticiens arrêtant le traitement AVK estiment avoir déjà rencontré des complications. Un praticien relate le fait que l'un de ses patients a fait un accident vasculaire cérébral après qu'on lui ait stoppé son traitement anticoagulant pour des extractions qu'il a réalisées sans complication ; le patient est décédé un an plus tard. On s'étonne que certains praticiens de cette catégorie décrivent des caillots, des hémorragies ou des hématomes comme complications alors que théoriquement le risque hémorragique devrait être nul si on arrête le traitement AVK ».

Effectivement, on aurait pu s'attendre à trouver 0 % de complications, car il y a encore 11 % des praticiens qui effectuent un arrêt complet du traitement AVK, sans relais, pendant plusieurs jours, pour réaliser des extractions dentaires. Cette attitude n'est pas conforme aux recommandations, et elle est extrêmement dangereuse.

Mais le but de notre étude n'était pas de préciser qu'elle est la bonne attitude ; mais simplement de rapporter le comportement des praticiens, le jour de l'enquête.

Nous espérons que les recommandations rédigées sur ce sujet par la SFMBCB permettront de faire évoluer leurs pratiques.

*Prof. Gilbert De Mello
Service de Chirurgie buccale
Bloc Pontchaillou (7^e) CHU Rennes
35033 Rennes cedex
Gilbert.de-mello@univ-rennes1.fr*

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu l'article « Etude du rapport coût/sécurité lors de la prise en charge des patients sous antivitamines K en chirurgie buccale » de Matthieu Conan et coll. (Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15 : 17-30).

En ma qualité de cardiologue, j'ai quelques commentaires à faire sur les protocoles du relais aux héparines (relais à l'héparine calcique et à l'énoxaparine sodique) décrits dans cet article et une question à poser.

1. Sécurité-efficacité du relais aux héparines

Des malades, non traités par les AVK, peuvent parfois nécessiter la prescription momentanée d'un traitement par les héparines dans le but de prévenir une maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) [1, 2]. Ces situations sont rencontrées après certaines interventions chirurgicales (orthopédique, abdomino-pelvienne, cancéreuse...), lors de l'alitement prolongé... Dans ces cas, de faibles doses d'HNF, non adaptées au poids, peuvent être utilisées : injections sous-cutanées d'héparine calcique de 5 000 UI x 2 ou 3. j⁻¹. Avec ces faibles posologies, il est inutile de contrôler le TCA car l'hypocoagulabilité est soit absente, soit à la limite inférieure de la sensibilité des réactifs [2]. Actuellement, les HBPM sont très largement préférées à l'héparine calcique. Avec les HBPM aussi on prescrit de faibles doses, non adaptées au poids ; pour l'énoxaparine sodique : 0.2 ml ou 0.4 ml. j⁻¹, pour la daltéparine sodique 2 500 U ou 5 000 U. j⁻¹. Dans ces cas, la durée du traitement, par les HNF ou par les HBPM, est de quelques jours. Il est interrompu à la reprise de la déambulation des patients, sans faire de relais avec les anticoagulants oraux.

En revanche, chez les malades soumis aux AVK au long cours, le relais aux HNF (héparine sodique intraveineuse ou héparine calcique sous-cutanée) est fait en débutant avec une 1^{re} dose moyenne de 400 à 600 UI. kg. j⁻¹ [2]. Cette dose est ultérieurement modulée selon les résultats du TCA. En pratique, la posologie varie de 400 à 800 UI. kg. j⁻¹ [2]. La zone thérapeutique ciblée du TCA est de 1.5 à 2, voire 2.5 [2]. Les premiers jours, 2 à 3 TCA. j⁻¹ sont nécessaires jusqu'à l'obtention de la valeur thérapeutique, puis les contrôles sont plus espa-

cés. Pour les HBPM, lorsque le relais est fait avec l'énoxaparine, les doses nécessaires sont de 100 U. kg x 2. j⁻¹ (soit 0.1 ml. 10 kg x 2. j⁻¹), et avec la daltéparine de 100 U. kg x 2. j⁻¹ [2].

Dans votre étude, il s'agit de patients soumis aux AVK au long cours, chez lesquels un relais aux héparines est réalisé pour effectuer des extractions dentaires, les anticoagulants oraux étant réintroduits après l'acte. Par conséquent, les doses d'héparine doivent permettre d'obtenir une hypocoagulabilité efficace. Ainsi, avec les HNF (héparine sodique intraveineuse et héparine calcique), le TCA doit se situer en moyenne entre 1.5 et 2. Or, le protocole utilisé dans le service de Chirurgie buccale du CHU Pontchaillou de Rennes (Calciparine® 5 000 UI. 2 à 3. j⁻¹) ne permet pas d'obtenir une hypocoagulabilité efficace (TCA inférieur à 1.5 avec ces doses). Ce manque d'efficacité expose les patients, notamment les porteurs de prothèses valvulaires mécaniques (patients B), aux complications thromboemboliques potentiellement graves, voire mortelles. D'ailleurs, dans votre publication, il est à noter que les doses totales d'héparine calcique administrées (65 000 et 130 000 UI) ne représentent que le tiers des doses d'héparine sodique intraveineuse (215 000 à 400 000 UI), alors que les mêmes posologies devraient être utilisées quelle que soit l'HNF prescrite [2]. Dans notre pratique, nous avons observé des cas de thromboses sur prothèses valvulaires après des avulsions dentaires réalisées sous HNF chez des malades insuffisamment hypocoagulés, qui ont abouti dans quelques cas au décès, faute d'une intervention chirurgicale réalisée en urgence.

Par ailleurs, le relais à l'héparine calcique aux doses efficaces ne peut pas être réalisé en ambulatoire. Il nécessite l'hospitalisation systématique des patients pour réaliser les contrôles répétés (parfois pluriquotidiens) du TCA.

Avec les HBPM, l'administration d'énoxaparine sodique, à la dose de 0.4 ml. j⁻¹ chez le patient A, ne peut assurer une hypocoagulabilité efficace protégeant contre le risque thromboembolique. Pour un patient pesant 60 kg, la dose d'énoxaparine sodique est de 0.6 ml x 2. j⁻¹.

Enfin, les HBPM n'ont toujours pas obtenues l'AMM pour les porteurs de prothèses valvulaires

mécaniques. Or, cette catégorie de malades représente la majorité des patients à haut risque thrombotique. Par conséquent, le relais aux HBPM ne peut pas être préconisé chez ces sujets.

2. Coût

En cas de relais aux héparines (HNF et HBPM), le coût global des extractions dentaires est en réalité encore plus élevé que celui que vous donnez si on utilise des doses d'héparine efficaces (héparine calcique, énoxaparine sodique), si le relais à l'héparine calcique est fait en hospitalisant les malades, et si l'on prend en compte les journées d'arrêt de travail qu'imposent une hospitalisation de 7 à 10 jours en moyenne.

RÉFÉRENCES

1 - Recommandations de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Prophylaxie des thromboses veineuses post-opératoires. Sang Thromb Vaiss 1995 ; n°2 vol 7.

3. Question

A propos de la « sécurité » de la prise en charge des patients sous AVK en chirurgie buccale, j'aimerais savoir si vous avez observé des complications thromboemboliques avec les différents protocoles, notamment après le relais à l'héparine calcique (Calciparine®), à l'énoxaparine (Lovénox®), et après arrêt des AVK.

HBPM : héparines de bas poids moléculaire

HNF : héparine non fractionnée

TCA : temps de céphaline activé.

2 - Boneu B, Potron G, Gruel Y, Nguyen P, Aiach M. Utilisation des héparines en pratique médicale courante. Sang Thromb Vaiss 2000 ; 12 n° spécial : 12-25.

RÉPONSE

Le protocole qui est à la base de cette étude a été fourni par les anesthésistes du service du pôle ORL-Odonto-OPH. Nous avons simplement repris leurs indications.

Ce sont eux qui se chargent des prescriptions et du suivi lorsqu'un relais AVK-héparine-AVK est mis en place ; ceci arrive moins d'une fois par an aujourd'hui. Nous n'avons d'ailleurs pas parlé de protocole de service, mais du protocole mis en œuvre au « CHU de Rennes ».

Les seuls accidents thromboemboliques que nous avons constatés sont des patients dont le relais a été fait en ambulatoire, sans hospitalisation. Ces cas sont revus dans le service, seulement s'il y a une hémorragie postopératoire.

Quant aux reprises pour hémorragies pendant ou après un relais AVK-héparine-AVK, elles sont nombreuses et souvent tardives, mais nous n'avons pas de recueil de données sur ces cas. Le but de cette étude était de montrer, aux autorités de tutelle, que les actes du chirurgien dentiste, en tenant compte des recommandations actuelles, peuvent avoir un réel impact en terme d'économie de santé.

*Prof. Gilbert De Mello
Service de Chirurgie buccale
Bloc Pontchaillou (7^e) CHU Rennes
35033 Rennes cedex
Gilbert.de-mello@univ-rennes1.fr*