

Article original

Prise en charge des patients atteints d'une pathologie de l'hémostase et d'avulsions dentaires : efficacité, tolérance et compliance

Amélie Laborde¹, Marie Madeleine Baralle¹, Jennifer Biernat², Joel Ferri¹

¹ Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie du CHRU de Lille, France

² Service d'hémostase clinique du CHRU de Lille, France

(Reçu le 14 janvier 2015, accepté le 12 mars 2015)

Mots clés :
avulsion dentaire /
hémophilie / maladie
de Willebrand

Résumé – Introduction : Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité, la tolérance et la compliance des patients au protocole du service pour la prévention des saignements après extractions dentaires chez des patients hémophiles, porteurs d'une maladie de Willebrand (vWD) ou thrombopéniques. **Patients et méthodes :** Nous avons inclus, prospectivement, entre février 2013 et février 2014, dans le centre hospitalier régional de Lille, tous les patients ayant besoin d'avulsions dentaires et atteints d'une pathologie de l'hémostase. Un traitement substitutif comme la desmopressine, les concentrés de facteurs ou concentrés plaquettaires et des méthodes d'hémostase locales ont été utilisés. À la consultation postopératoire, les patients ont été interrogés à propos de la survenue de douleur, de saignement, de complication et sur l'évaluation du confort. **Résultats :** Trente-sept patients ont été inclus. Des saignements se sont produits chez treize patients (35,1 %) et 7 d'entre eux (18,9 %) ont dû consulter aux Urgences pour contrôler le saignement. Les patients ont évalué à 8,77/10 le confort hospitalier et à 8,40/10 le confort au domicile. **Discussion :** Ce protocole paraît au moins aussi efficace que ceux retrouvés dans la littérature. Les principaux types de complication ont été des douleurs, des réactions allergiques, des infections. Globalement, les patients sont satisfaits de cette prise en charge. Une collaboration pluridisciplinaire reste l'élément le plus important pour une bonne prise en charge.

Key words:
dental extraction /
hemophilia /
von Willebrand's
disease

Abstract – Management for patients with bleeding disorders and dental extractions: Effectiveness, Tolerance and Compliance. Introduction: This study evaluated the effectiveness, tolerance and compliance of patients with the protocol of the service for the prevention of bleeding after dental extraction in patients with hemophilia, von Willebrand's disease (VWD) or platelet disorders. **Patients and Methods:** This study prospectively included all patients needing dental extractions and who had blood hemostasis diseases from February 2013 to February 2014, in the regional hospital center of Lille. Replacement therapy such as desmopressin, clotting factor or platelet concentrates as well as local hemostatic methods were used. At the post-operative consultation, patients were asked about the onset of pain, bleeding, complications and the assessment of comfort. **Results:** Thirty-seven patients were included. Bleeding occurred in thirteen patients (35.14%). Patients evaluated their comfort at 8.77/10 at the hospital and 8.40/10 at home. **Discussion:** This protocol appears at least as effective as those found in the literature. The main types of complications were pain, allergic reactions and infections. Overall, patients are satisfied with this support. Pluridisciplinary collaboration remains the most important thing for good management.

Introduction

Les patients atteints de trouble de la coagulation présentent un risque hémorragique plus élevé que la population générale [1, 2]. Ils nécessitent donc un protocole de prise en

charge adapté lors de la réalisation d'avulsions dentaires. Les principales maladies hémorragiques constitutionnelles sont : l'hémophilie, la maladie de Willebrand et les déficits en facteurs V, VII, X, XI. À ces pathologies s'ajoutent dans cette étude les thrombopénies acquises.

* Correspondance : amelyla@hotmail.com

L'hémophilie est une maladie hémorragique constitutionnelle à transmission récessive liée à l'X. Il en existe deux types : l'hémophilie A liée à un déficit en facteur VIII et l'hémophilie B liée à un déficit en facteur IX [2]. Elle peut être sévère si le déficit total est inférieur à 1 %, modérée si le taux est entre 1 et 4 % ou mineure si le taux est entre 5 et 30 %.

La maladie de Willebrand est une maladie constitutionnelle, conséquence d'un défaut génétique du facteur de Willebrand (vWF), à transmission principalement autosomique dominante. Il en existe trois types : le type 1 lié à un déficit quantitatif partiel en vWF, le type 2 lié à un déficit qualitatif en vWF et le type 3 lié à un déficit total en vWF [1].

D'après les recommandations pour la pratique clinique de 2003 [3] pour les avulsions dentaires chez les patients porteurs d'un déficit constitutionnel en facteurs de l'hémostase : la prise en charge de ces patients nécessite des techniques hémostatiques locales telles que les matériaux d'hémostase résorbables, les sutures, les colles biologiques, les antifibrinolytiques, les gouttières de compressions, associées à un traitement complémentaire par voie générale composé de concentrés de facteur de l'hémostase ou de desmopressine.

Des protocoles d'hémostase semblables sont retrouvés dans la littérature et ont montré leur efficacité clinique [4-9]. Le protocole utilisé dans le service se base sur ces recommandations.

L'objectif de cette étude prospective était d'évaluer l'efficacité, la compliance et la tolérance de ces patients au protocole de prise en charge du risque hémorragique dans le cadre d'avulsions dentaires.

Patients et méthodes

Patients

Il s'agissait d'inclure de façon prospective, entre février 2013 et février 2014, les patients atteints d'hémophilie, de la maladie de Willebrand et de thrombopénie, devant bénéficier d'avulsions dentaires dans le service de stomatologie et chirurgie maxillofaciale du CHRU de Lille et se présentant à la consultation bidisciplinaire hémato-stomatologique.

Au cours de cette consultation, le type de pathologie était précisé, la date de l'intervention et le protocole de prise en charge du patient étaient décidés.

Types d'intervention

Les avulsions dentaires ont été de plusieurs types : avulsions de dents lactéales, avulsions multiples dentaires, avulsions de dents de sagesse incluses, résections apicales. Ces gestes ont été réalisés sous anesthésie locale ou anesthésie générale.

Protocole

Moyens locaux

Dans le cadre de l'anesthésie locale, celle-ci doit être réalisée avec vasoconstricteur et avec injection para-apicale.

En peropératoire, le geste a été le moins invasif possible. Les avulsions ont été suivies d'un curetage alvéolaire soigneux, associé à un comblement de l'alvéole avec une cellulose hémostatique (cellulose régénérée oxydée) et terminées par une suture sans tension à l'aide de fils résorbables.

Moyens systémiques

Les patients ont tous observé une antibioprophylaxie. Il s'agissait d'amoxicilline et acide clavulanique à la dose de 3 g par jour ou de la clindamycine 600 mg/jour associée à du métronidazole 1 500 mg/jour en cas d'allergie à la pénicilline pour une durée comprise entre 5 et 10 jours.

Les patients présentant un déficit en facteur de la coagulation ont eu un traitement substitutif intraveineux par desmopressine ou facteurs de la coagulation. La desmopressine (Minirin®) est un composé synthétique dérivé de l'adrénaline qui libère le vWF hors de ses sites de stockage endothélial et augmente les concentrations plasmatiques de vWF, FVIII et l'activité tissulaire du plasminogène. Cette molécule est indiquée uniquement s'il existe une sécrétion même minime de FVIII, vWF. Elle est donc indiquée dans les formes mineures d'hémophilie A et les formes non sévères de maladie de Willebrand. La posologie utilisée était de 0,3 µg/kg dilué dans 50 mL de sérum salé isotonique perfusée sur 30 minutes (ou 1 heure si intolérance), pour un pic plasmatique 30 à 60 minutes après. Cette injection était répétée à H12 H24, en fonction de la sévérité du déficit. Cette perfusion était réalisée à H-1 sur le patient en position allongée et accompagnée d'une restriction hydrique de 750 cc sur 8 heures pour un adulte et 20 mL/kg/24 heures pour un enfant.

Le Factane® est un concentré en facteur VIII. La posologie utilisée était de 50 U/kg à H-1, suivi de bolus de 35 U/kg à H12 H24 et si le geste s'était avéré compliqué ou si un saignement hospitalier anormal s'était produit, le protocole se poursuivait de bolus au domicile à H36 et H48.

L'Advate® est un concentré en facteur VIII recombiné. La posologie utilisée était de 40 U/kg à H-1, suivi de bolus de 30 U/kg à H12 et H24.

Le Wilfactin® est un concentré en vWF. La posologie utilisée était de 50 U/kg à H-1, suivi de bolus à la même posologie à H12 et H24.

Le Betafact® est un concentré en facteur IX. La posologie utilisée était de 55 U/kg à H-1 suivi de bolus de 30 U/kg à H12 et H24.

Les patients thrombopéniques ont bénéficié de la transfusion d'un culot plaquettaire si le seuil de plaquettes était inférieur à 35 000-50 000 en peropératoire.

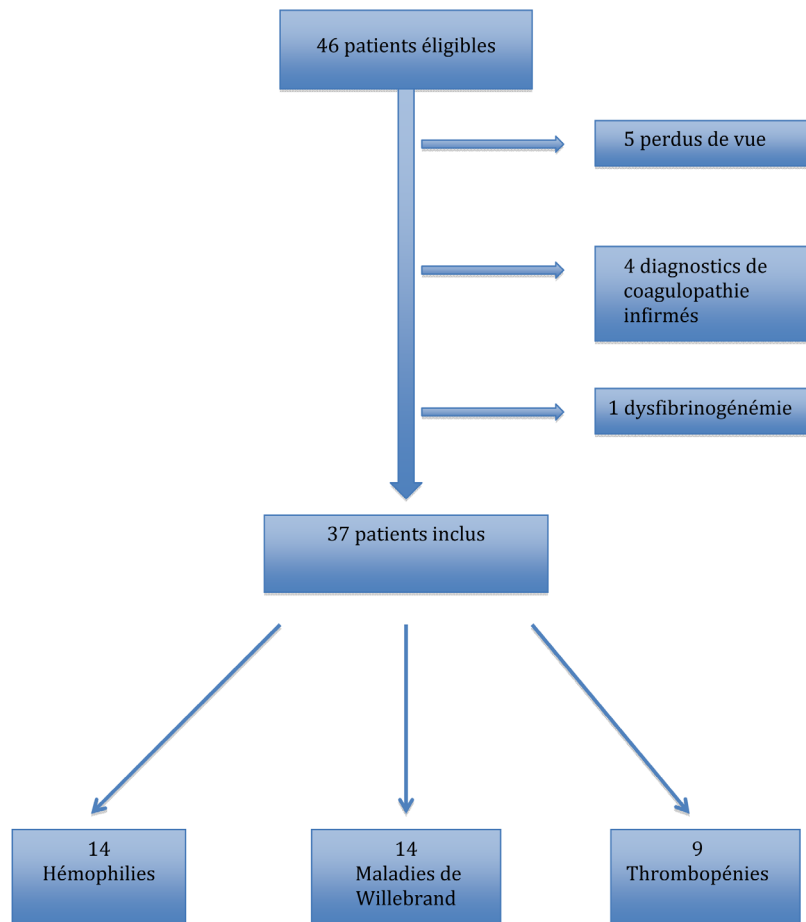


Fig. 1. Diagramme de flux.
 Fig. 1. Flow chart.

Les patients ayant un purpura thrombopénique auto-immun ont eu une cure d’immunoglobuline intraveineuse avant le geste.

Règles hygiéno-diététiques associées

Les patients ont dû observer en postopératoire immédiat une alimentation hachée et froide pour une durée totale de 5 à 8 jours. De plus, il était fortement recommandé aux fumeurs d’obtenir une consommation tabagique nulle du jour du geste jusqu’à cicatrisation muqueuse complète, soit deux à trois semaines, dans le but de réduire le risque d’infection et de saignement postopératoire par phénomènes irritatifs locaux.

Dans un objectif d’hémostase locale optimale, les patients avaient une prescription de bains bouche à l’Exacyl® à la posologie de 1 g 4 fois par jour pour les adultes, dès le soir du geste, pendant 2 minutes, et suivi d’une ingestion pour une durée allant de 5 à 8 jours en fonction de la sévérité du déficit. Les bains de bouche à base de chlorhexidine étaient

proscrits. Les patients ayant une hépatopathie devaient faire des bains de bouche uniquement avec de l’eau glacée.

Recueil de données et moyens statistiques

En ce qui concerne le recueil des informations cliniques, les patients étaient revus en consultation postopératoire entre J7 et J30. Les patients ne se présentant pas à cette consultation et les patients ayant eu un diagnostic de coagulopathie infirmé ont été exclus (Fig. 1). À cette consultation, la cicatrisation muqueuse était vérifiée, ainsi que la résorption des fils. Tous les patients ont été informés de la réalisation de cette étude et se sont vus proposer de répondre au questionnaire de recueil de données (Fig. 2) s’il le souhaitait. Le consentement oral de participation à cette étude a été recueilli. Ces informations récoltées par le praticien assurant la consultation ont permis d’évaluer plusieurs critères cliniques : sexe et âge du patient, type de pathologie, type d’intervention, douleur, saignement au domicile, chute

Protocole de prise en charge des patients hémophiles ou atteints de coagulopathie dans le cadre d'avulsions et soins dentaires					
<p>NOM</p> <p>PRÉNOM</p> <p>Date de naissance</p> <p>Numéro de dossier</p> <p>Type de maladie : Willebrand, Hémophilie A, Hémophilie B, Thrombopénie, déficit en facteur ..., autre ...</p> <p>Protocole utilisé :</p> <p>Recueil de données peropératoires :</p> <p>1- Type de soins : avulsions, traitement endodontique, autre ...</p> <p>2- Mise en place de surgicel OUI NON</p> <p>3- Perte sanguine peropératoire ...</p> <p>4- Saignement exagéré en peropératoire nécessitant un traitement inhabituel OUI NON lequel ?</p> <p>Recueil de données postopératoires :</p> <p>1- Douleur postopératoire OUI NON de j ... à j ... antalgique pris : ...</p> <p>2- Complication hémorragique à domicile OUI NON en hospitalisation OUI NON</p> <p>3- Chute d'escarre OUI NON à j ...</p> <p>4- Complications autre que hémorragique OUI NON type : ...</p> <p>5- Nécessité de reconsulter aux Urgences OUI NON motif : ...</p> <p>5- Échelle de confort du patient (de 1 à 10) postop immédiat ... , à domicile ...</p> <p>6- Durée totale d'hospitalisation ... jours</p> <p>Bilan biologique</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Préop</td> <td style="width: 33%;">Postop immédiat</td> <td style="width: 33%;">tardif</td> </tr> </table>			Préop	Postop immédiat	tardif
Préop	Postop immédiat	tardif			

Fig. 2. Questionnaire.
Fig. 2. Questionary.

d'escarre, complication autre, nécessité de reconsulter aux urgences, évaluation du confort hospitalier et au domicile par une échelle notée de 1 à 10, et la durée d'hospitalisation (Tab. I). Il était demandé au patient verbalement quel était leur ressenti par rapport à cette prise en charge particulière. La valeur 1 correspondait à un protocole très contraignant d'après le patient et la valeur 10 à un protocole sans contrainte particulière. Ainsi l'efficacité clinique, la tolérance et la compliance du patient au protocole pouvaient être évaluées.

Les données statistiques ont été analysées par le service de biostatistique du CHRU de Lille à l'aide du logiciel SAS version 9.3. Une analyse descriptive des variables qualitatives et quantitatives a été réalisée puis une comparaison de distribution par test de Mann Whitney (avec p statistiquement significatif si $i < 0,05$). Les autres tests réalisés (Fisher, multivariés) se sont avérés non significatifs par manque d'effectif.

Résultats

Démographie

46 patients ont été éligibles à l'étude, 10 patients ont été exclus et finalement 37 patients ont été inclus. Le descriptif de la population est détaillé dans les tableaux I et II.

43 % des patients ont eu une intervention invasive de type avulsion de dents de sagesse incluses et 57 % ont eu des avulsions simples ou multiples ne nécessitant pas d'alvéolectomie au moteur. 62 % des gestes se sont déroulés sous anesthésie générale. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,65 jour (0-6) (Tab. II).

Évaluation clinique

Au cours de la consultation postopératoire, 64,8 % des patients ont exprimé avoir eu des douleurs et 3 patients ont nécessité un antalgique de pallier II (Tab. III).

Concernant les saignements, 13 patients soit 35,1 % des patients ont présenté un saignement au domicile et 7 d'entre eux soit 18,9 % des patients ont dû consulter aux Urgences pour contrôler le saignement. Un patient a dû être réhospitalisé. Ces complications hémorragiques sont survenues dans tous les types de pathologies étudiées sans différence significative et ce, entre j2 et j10 postopératoire. Elles ont pu être contrôlées par des gestes locaux d'hémostase comme des sutures en X ou par des moyens systémiques (Tab. III).

Évaluation du confort

Les patients ayant répondu à l'échelle de confort ont évalué en moyenne à 8,77 (1-10) pour le confort hospitalier et à 8,40 [4-10] pour le confort au domicile (Tab. III).

Dans un second temps, nous avons essayé d'évaluer l'influence des différents symptômes cliniques décrits par le patient sur l'échelle de confort. La différence n'a été significative que pour un seul critère : la présence de douleur a influencé l'évaluation du confort ($p < 0,05$). Les patients n'ayant pas eu de douleur ont une valeur moyenne de 9,6 [7-10] et ceux présentant une douleur ont une valeur moyenne de 7,8 [4-10]. Les autres critères étudiés comme la durée d'hospitalisation, le saignement, l'apparition de complications et la nécessité de consulter en urgence n'ont pas montré de corrélation significative avec l'évaluation du confort.

Discussion

Efficacité clinique

Avec le protocole clinique utilisé, les fréquences de saignement postopératoire ont été semblables à celles d'autres études publiées dans la littérature.

Franchini et al. retrouvaient dans une étude menée en Italie sur 247 patients hémophiles : 10 complications hémorragiques soit 1,9 % [4].

Frachon et al. : étude sur 63 hémophiles, 1 seul saignement [5].

Piot et al. : étude sur 26 patients en 1994 puis sur 93 patients en 2002 ; hémophiles, Willebrand et thrombopéniques ; retrouvaient respectivement 8 et 4 saignements [6, 7].

Federici et al. : étude sur 63 patients hémophiles, 1 seul saignement [8].

Peisker et al. : étude sur 15 patients hémophiles, 2 saignements [9].

Le critère nécessité de consulter en urgence a été retenu plutôt que présence de saignement au domicile. En effet, toute avulsion dentaire entraîne fréquemment des saignements légers en postopératoire immédiat dans la population générale. Ainsi, le fait de devoir revenir en urgence semblait un critère plus objectif pour évaluer le protocole.

Effectif de la population étudiée

Seul 37 patients ont été inclus dans cette étude, cette taille d'échantillon n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs sur l'influence des critères cliniques sur l'échelle de confort. Cependant, ce nombre reste tout de même supérieur à celui de la plupart des études de la littérature, sauf pour celle de Franchini M et al. qui incluait 247 patients mais sur une période de 4 ans et de façon rétrospective. Les raisons de ce faible taux de recrutement sont la prévalence faible des pathologies étudiées et les perdus de vue. En effet, plus de 10 patients ont bénéficié du protocole, mais ne se sont pas présentés à la consultation postopératoire.

Tableau I. Descriptif de la population étudiée.
Table I. Distribution of the patients included in the study.

	Sexe	Age	Pathologie	Protocole IV	Date d'intervention	Type d'intervention	Douleur	Douleur intense	Saignement au domicile	Complication	Urgences	Confort H	Confort D	Durée H
1	H	71	Thrombopénie	TF si plq <50000	2/7/2013	11 dents AG	1	0	0	0	0	10	10	1
2	H	7	Hémophilie B mineure	Betafact	2/7/2013	1 dent temporaire AG	0	0	0	1	0	5	NC	1
3	H	14	Willebrand	MINIRIN	2/14/2013	dents incluses et frein AG	1	0	0	0	0	10	10	2
4	F	28	Hémophilie A mineure	MINIRIN	3/15/2013	1 dent AL	1	0	0	1	0	10	10	1
5	H	18	Hémophilie A mineure	MINIRIN	2/21/2013	4 DDS AG	0	0	1	0	1	7	7	1
6	F	22	Willebrand	MINIRIN	4/11/2013	4 DDS AG	1	0	0	0	0	9	8	1
7	F	38	Willebrand	MINIRIN	3/20/2013	1dent et RA AG	1	0	1	0	0	9	8	1
8	H	60	Thrombopénie	TF si plq<40000	4/16/2013	X dents AG	0	0	0	0	0	10	10	1
9	F	51	Willebrand	MINIRIN	4/22/2013	1dent et RA AL	1	0	1	1	1	10	5	1
10	F	42	Thrombopénie PTI	Ig IV 5 JOURS	5/24/2013	6 dents AL	1	1	1	1	0	1	8	6
11	H	41	Hémophilie A	MINIRIN	5/30/2013	avulsion totale AG	0	0	0	0	0	10	10	3
12	H	8	Hémophilie A sévère	FACTANE	5/27/2013	3 dents temporaires AL	1	0	0	0	0	10	8	1
13	F	26	Hémophilie A mineure	MINIRIN	5/23/2013	4 DDS AG	1	0	0	0	0	3	5	2
14	F	62	Thrombopénie	TF si plq <50000	7/5/2013	13 dents AL	1	0	1	1	0	NC	10	<1
15	F	48	Willebrand	WILFACTIN	7/12/2013	3 dents AL	1	0	0	0	0	7	9	2
16	F	33	Hémophilie A mineure	MINIRIN SI SGT	9/16/2013	4 DDS AG + 1 dent	0	0	0	0	0	10	10	1
17	F	78	Hémophilie A conductrice	FACTANE NF	8/19/2013	3 dents AL	0	0	0	0	0	10	10	1
18	F	17	Willebrand 1	MINIRIN	7/26/2013	1 DDS AL	1	0	0	0	0	10	5	1
19	F	68	Willebrand 2M	WILFACTIN	10/9/2013	8 dents AL	1	0	0	0	0	10	10	1
20	F	84	Thrombopénie	TF si plq<35000	9/20/2013	2 dents AL	1	0	0	0	0	10	5	<1

Tableau I. Suite.
Table I. Continued.

	Sexe	Age	Pathologie	Protocole IV	Date d'intervention	Type d'intervention	Douleur	Douleur intense	Saignement au domicile	Complication	Urgences	Confort H	Confort D	Durée H
21	H	17	Hémophilie A mineure	MINIRIN	10/16/2013	X dents AG	0	0	1	0	1	6	8	2.5
22	H	37	Hémophilie A sévère	FACTANE	10/7/2013	2 dents AL	1	0	1	1	0	10	10	1
23	F	18	Willebrand	WILFACTIN	10/16/2013	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	10	2
24	F	13	Willebrand 1	MINIRIN	10/18/2013	2 dents temporaires AL	0	0	0	0	0	7	10	1
25	F	18	Willebrand modéré	MINIRIN	11/18/2013	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	6	1
26	H	59	Hémophilie A sévère	FACTANE	11/18/2013	4 DDS AG	0	0	0	0	0	10	10	3
27	H	16	Willebrand limité	MINIRIN	11/25/2013	4 DDS AG	1	1	1	0	0	10	8	3
28	F	28	Thrombopénie	MINIRIN si besoin	12/9/2013	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	10	1
29	H	16	Hémophilie A mineure	MINIRIN	12/23/2013	4 DDS AG	0	0	1	0	1	10	10	3
30	H	16	Hémophilie A mineure	MINIRIN	12/23/2013	4 DDS AG	0	0	1	0	1	10	10	1
31	H	74	Thrombopénie	TF si plq<40000	1/16/2014	11 dents AG	1	0	1	0	1	10	5	3
32	H	42	Willebrand	MINIRIN	1/8/2014	1 dent AL	1	0	0	0	0	10	8	1
33	F	17	Willebrand	MINIRIN	1/8/2014	4 DDS AG	1	1	0	1	0	6	4	1
34	H	11	Hémophilie A modéré	ADVATE	2/1/2014	2 dents AG	0	0	0	0	0	10	10	2
35	F	50	Thrombopénie PTI	Ig IV	1/26/2014	X dents AG	1	0	1	0	0	NE	NE	2
36	F	40	Willebrand	WILFACTIN	1/27/2014	2 dents AL	1	0	1	1	1	7	7	3
37	H	55	Thrombopénie	TF si plq <40000	1/24/2014	X dents AG	0	0	0	0	0	10	10	2

Légende : NC non communiqué, NE non évaluable, 0 absence, 1 présence, DDS : dents de sagesse, TF : transfusion, plq : plaquettes, RA : résection apicale, AG : anesthésie générale, AL : anesthésie locale, PTI : purpura thrombopénique auto-immun, X : > 10 dents.
 NC Not communicated, NE not assessable, 0 absence, 1 presence, DDS: third molar, TF: transfusion, plq: plaques, RA: apical resection, AG: general anesthesia, AL: local anesthetic, PTI: Auto-immune thrombopenic purpura, X: > 10 teeth.

Tableau II. Description statistique de la population.
Table II. Statistical description of the population.

		n	% ou écart type
Sexe	Homme	17	46 %
	Femme	20	54 %
Âge	m (m-M) en année	36,3 (7-84)	± 22,07
Pathologie	Hémophilie	14	37,8 %
	Maladie de Willebrand	14	37,8 %
	Thrombopénie	9	24,4 %
Avulsion	Invasive	16	43 %
	Simple	21	57 %
Anesthésie	Générale	23	62 %
	Locale	14	38 %
Durée d'hospitalisation	m (m-M) en jour	1,65 (0-6)	± 1,21

Les résultats sont donnés en pourcentage, sauf mention contraire. (n : effectif ; m : moyenne ; (m-M) : minimum-maximum).
The results are given in percentage, except opposite mention. (N: numbers; m: average; (m-M): minimum-maximum).

Tableau III. Description statistique des critères cliniques.
Table III. Statistical description of the clinical criteria.

		Total	
		n	% ou écart type
Douleur		24	64,8 %
Douleur intense		3	8,1 %
Saignement au domicile		13	35,1 %
Complications		8	21,6 %
Urgences		7	18,9 %
Confort hospitalier	m (m-M)	8,77 (1-10)	2,25
Confort à domicile	m (m-M)	8,4 (4-10)	1,99

Les résultats sont donnés en pourcentage, sauf mention contraire. (n : effectif ; m : moyenne ; (m-M) : minimum-maximum). Effectif total de la population : 37 patients.

The results are given in percentage, except opposite mention. (N: numbers; m: average; (m-M): minimum-maximum).

Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,65 (0-6) jour. Les patients ayant pu être pris en charge en ambulatoire étaient thrombopéniques. La patiente ayant été hospitalisée 6 jours est un cas unique lié à la nécessité de perfusion

d'immunoglobulines intraveineuses de façon répétée dans le cadre d'une thrombopénie auto-immune. Sinon, une grande partie des patients (17) a pu sortir au bout de 24 heures sans prévalence de l'une ou l'autre des pathologies. Cela reflète une bonne évolution des suites opératoires pour la plupart des patients. Certains n'ont pas bénéficié de la dernière injection

prévue car inutile et d'autres ont pu poursuivre les injections de facteurs au domicile (sauf en ce qui concerne la desmopressine).

Compliance et complications

Les complications ont entraîné un défaut de compliance des patients. Le traitement par pénicilline a été arrêté et non remplacé au domicile en raison d'une réaction allergique à type d'érythème chez un patient et d'une intolérance à type de vomissement chez un autre.

Plusieurs patients se sont plaints du goût de l'Exacyl® et au moins un patient a arrêté ses bains de bouche prématurément (n° 2). Malgré cela, il n'a pas présenté de complications hémorragiques particulières. Une patiente a fait une réaction allergique aux immunoglobulines et a été traitée par cortisone et antihistaminique (n° 10). Une patiente a eu une alvéolite suppurée à 3 semaines (n° 33) (Tab. I).

Biais de subjectivité

L'échelle de confort apporte une valeur ajoutée à cette étude. En effet, après une revue de la littérature, aucune évaluation de l'appréciation du protocole par les patients n'a été retrouvée. Cette échelle est subjective. Les patients ont parfois été interrogés presque un mois en postopératoire, d'autres patients étaient dans l'incapacité de donner une évaluation fiable (patients handicapés, enfants). Cependant, globalement, les patients ont été satisfaits avec une moyenne supérieure à 8,4/10. Le seul facteur qui a été statistiquement significatif pour diminuer l'échelle de confort hospitalier est la douleur. Les autres facteurs (le saignement au domicile, la présence de complication, la nécessité de consulter aux urgences) ont montré une tendance à diminuer l'échelle de confort au domicile. Concernant le confort hospitalier, aucun facteur n'a pu être identifié comme influençant l'évaluation.

Évolution des pratiques

La recherche bibliographique s'est limitée aux quinze dernières années, en raison de la rapidité de l'évolution des pratiques et de la publication des Recommandations de prise en charge datant de 2003 [3] se basant sur les articles antérieurs. Cela entraîne un faible nombre de références concernant ce sujet précis [4-9]. En revanche, au cours de ces dernières années, de nombreux articles ont été publiés en utilisant un protocole semblable mais en utilisant un concentré VWF/FVIII comme traitement substitutif pour les patients atteints de maladie de Willebrand [10-14]. L'utilisation de ce traitement permet une meilleure prévention hémorragique des patients, notamment ceux résistants à la desmopressine.

Concernant les protocoles d'hémostase locale, une étude a été réalisée dans le service en 2005 [15]. Cette étude avait

justifié l'arrêt de l'utilisation des gouttières hémostatiques et de colles biologiques dans le service. En effet, le caillot sanguin formé dans l'alvéole souvent ôté par inadvertance lors du retrait de la gouttière, entraînait une hémorragie tardive et celle-ci présente un risque élevé de traumatisme local et d'inconfort. La colle biologique ne montrait pas d'efficacité particulière concernant l'hémorragie postopératoire ou la cicatrisation.

Conclusion

Le protocole de prise en charge utilisé dans le service permet un contrôle acceptable des saignements postopératoires. Les patients inclus dans cette étude se déclarent globalement satisfaits de cette prise en charge. Malgré des contraintes supérieures à la population générale, les patients sont rassurés par cette attention particulière qui leur est portée. Une collaboration étroite entre stomatologue et hémato-logue est tout de même indispensable pour adapter le protocole thérapeutique à chaque patient en fonction de la sévérité de sa pathologie et de l'invasivité du geste opératoire.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Fressinaud E, Meyer D. Von Willebrand disease: from diagnosis to treatment. *Rev Prat* 2005;55:2209-18.
2. Carcao MD. The diagnosis and management of congenital hemophilia. *Semin Thromb Hemost* 2012;38:727-34.
3. Alantar A, Ginisty D, Hassin M, Lafuma A, Princ G, Stieltjes N, et al. Avulsion dentaires et kystectomies chez les patients présentant un déficit constitutionnel en facteurs de l'hémostase : conduite à tenir. *Med Buccale Chir Buccale* 2005;11:121-43.
4. Franchini M, Rossetti G, Tagliaferri A, Pattacini C, Pozzoli D, Lorenz C, et al. Dental procedures in adult patients with hereditary bleeding disorders: 10 years experience in three Italian Hemophilia Centers. *Haemophilia* 2005;11:504-9.
5. Frachon X, Pommereuil M, Bertier AM, Lejeune S, Hourdin-Eude S, Quéro J, et al. (2005) Management options for dental extraction in hemophiliacs: a study of 55 extractions (2000-2002). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;99:270-5.
6. Piot B, Fiks-Sigaud M, Ferri J, Gordeeff A, Mercier J. Tooth extraction in hemophiliacs and patients with von Willebrand's disease. Therapeutic proposals apropos of 26 cases]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994;95:263-7.
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. Federici AB, Sacco R, Stabile F, Carpenedo M, Zingaro E, Mannucci PM. Optimising local therapy during oral surgery in patients with

- von Willebrand disease: effective results from a retrospective analysis of 63 cases. *Haemophilia* 2000;6:71-7.
9. Peisker A, Raschke GF, Schultze-Mosgau S. Management of dental extraction in patients with Haemophilia A and B: A report of 58 extractions. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19:55-60.
 10. Lethagen S, Kyrle PA, Castaman G, Haertel P, Mannucci PM, for the HAEMATE P surgical Study Group. von Willebrand factor/factor VIII concentrate (Haemate P) dosing based on pharmacokinetics: a prospective multicenter trial in elective surgery. *J Thromb Haemost* 2007;5:1420-30.
 11. Castaman G, Coppola A, Zanon E, Boeri E, Musso M, Siragusa S, et al. Efficacy and safety during formulation switch of a pasteurized VWF/FVIII concentrate: results from an Italian prospective observational study in patients with von Willebrand disease. *Haemophilia* 2013;19:82-8.
 12. Gill JC, Shapiro A, Valentino LA, Bernstein J, Friedman C, Nichols WL, Manco-Johnson M. von Willebrand factor/factor VIII concentrate (Humate-P) for management of elective surgery in adults and children with von Willebrand disease. *Haemophilia* 2011;17:895-905.
 13. Rivard GE, Aledort L. Efficacy of factor VIII/von Willebrand factor concentrate Alphanate in preventing excessive bleeding during surgery in subjects with von Willebrand disease. *Haemophilia* 2008;14:271-5.
 14. Viswabandya A, Mathews V, George B, Nair SC, Baidya S, Nammen JJ, et al. Successful surgical haemostasis in patients with von Willebrand disease with Koate DVI. *Haemophilia* 2008;14:763-67.
 15. Szekely E1, Baralle MM, Raoul G, Marey A, Ferri J. Dental avulsions and blood coagulation disorders. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005;106:276-80.