

Consensus de la région de Sfax sur la prise en charge bucco-dentaire des patients sous anti-vitamine K (AVK)

Regional consensus of Sfax for the management of dental treatment of the anticoagulated patients

TRIKI Faten¹, Hachicha Inès², Abid Dorra¹, Ghorbel Walid², Abdelhedi Achraaf¹, Feriani Ahlem², Mallek Souad¹, Hammami Rania¹, Maazoun Yamen³, Masmoudi Latifa², Mnif Mohamed⁴, Mnif Zeineb¹, Bellaj Fadoua⁴, Cherif Taieb³, Kammoun Hela¹, Mahdi Fatma⁴, Abid Leila¹, Kammoun Samir¹

1 Service de Cardiologie, Hôpital Hédi Chaker Sfax

2 Service de médecine dentaire Hôpital Hédi Chaker Sfax

3 Cardiologue libéral à Sfax

4 Médecin dentiste libéral à Sfax

Résumé

La prise en charge des patients sous anticoagulants oraux - anti vitamine K (AVK) dans notre contexte-lors d'un geste buccodentaire pose un problème de gestion du risque ischémique et hémorragique.

Devant cette situation fréquente en pratique et vu que les protocoles locaux dans notre région de Sfax sont très divergents, les cardiologues et les médecins dentistes de la région ont élaboré un consensus local sur la prise en charge des patients sous AVK en médecine dentaire, en se basant sur les données de la littérature et les recommandations internationales.

En résumé nous avons conclu à la poursuite du traitement (AVK) dans la majorité des cas, devant un geste bucco-dentaire à risque hémorragique modéré, sous réserve de la disponibilité d'un plateau technique approprié, la coopération du patient et de la proximité d'une structure hospitalière (service d'urgence) capable de le prendre en charge rapidement. Le protocole de prise en charge des patients traités par AVK reste en fonction de la valeur de l'INR (International Normalized Ratio) thérapeutique précisée par le cardiologue et du risque hémorragique évalué par le médecin dentiste.

Mots-clés

Recommandations, anticoagulants oraux, soins dentaires, protocole

Summary

The management of patients taking oral anticoagulant in dental procedures raises a problem of management of the ischemic and hemorrhagic risk. It is a frequent situation in practice but the local protocols in our region are very divergent. Thus the cardiologists and the dentists of Sfax established a local consensus of the management of the patients taking oral anticoagulation in dental procedures, by basing itself on the data of the literature and the international recommendations.

In summary, we concluded with the continuation from the oral anticoagulant in the majority of the cases if the hemorrhagic risk is moderate, provided that an appropriate technical support center is available, the cooperation of the patient and the proximity of an emergency department. The protocol of management of patients taking oral anticoagulant stays according to the value of the international normalized ration (INR) specified by the cardiologist and the hemorrhagic risk estimated by the dentist.

Keywords

Recommendations, oral anticoagulation, dental procedures, protocol

Correspondance

Dr Faten TRIKI, Service de cardiologie, Hôpital Hédi Chaker, Route el Ain Km 0,5 Sfax 3029 Tunisie
Mail : trikifaten3@gmail.com, trikifaten@yahoo.fr

La divergence entre les protocoles internationaux actuels de prise en charge bucco-dentaire des patients sous AVK et le protocole actuellement suivi dans la région de Sfax, a amené les cardiologues et les médecins dentistes de la région de Sfax à réviser et mettre à jour ce protocole en se référant aux données actuelles de la science et à la situation sanitaire tunisienne. Le but de ce travail est de définir une attitude actualisée, simple et codifiée pour la prise en charge des patients sous AVK devant bénéficier de soins dentaires en se basant sur les recommandations internationales.

MÉTHODOLOGIES

Un appel à candidature pour faire partie de groupes de travail sur le thème «Prise en charge bucco-dentaire des patients sous AVK » a été lancé auprès des médecins dentistes et des cardiologues de la région de Sfax (médecins libéraux, universitaires et de la santé publique).

Les participants bénévoles ont été répartis en deux groupes: un groupe de travail qui a pour objectif la lecture et la discussion des recommandations internationales récentes en fonction des particularités de la population tunisienne et des conditions locales de travail. Le groupe de travail a proposé un consensus en ce qui concerne la prise en charge des patients sous AVK en odontostomatologie. Un groupe de lecture, indépendant du 1er groupe, et en se référant aux recommandations internationales récentes, a discuté le travail élaboré par le 1er groupe. Les membres de ce groupe ont proposé une ébauche de lettre de liaison standardisée entre le médecin dentiste et le cardiologue qui facilitera la communication entre les médecins et le patient. Le rapport final a été revu et validé par un comité de synthèse.

1- Ce consensus concerne qui ?

Ce consensus se limite à la prise en charge des patients sous AVK au long cours (Tableau1)

Les patients non concernés sont ceux :

- Ayant une pathologie cardiovasculaire non stabilisée
- Possédant d'autres anomalies constitutionnelles ou induites de l'hémostase
- Traités par l'association AVK/AAP
- Pris en charge en urgence.

Ces cas particuliers imposent une concertation pluridisciplinaire (cardiologue, hématologue et médecin dentiste), une hémostase spécifique à chaque cas et une prise en charge au cas par cas.

Tableau 1: Liste des AVK prescrits par voie orale en Tunisie

| Dénomination commune Internationale : DCI | Nom de spécialité | Disponibilité |
|---|--------------------|--|
| Acénocoumarol | SINTROM 4 mg | La seule molécule disponible en Tunisie |
| Fluidione | PREVISCON 20 mg | Prescrit en cas d'allergie au Sintrom (apport de l'étranger) |
| Warfarine | COUMADINE 2mg, 5mg | Souvent prescrite chez les patients libyens |

2- Message principal :

L'arrêt systématique du traitement par AVK avant une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire n'est pas justifié. La poursuite du traitement AVK est recommandée sauf en cas de risque associé, sous réserve de la disponibilité d'un plateau technique approprié, la coopération du patient et de la proximité d'une structure hospitalière (service d'urgence) capable de le prendre en charge rapidement.

3- Conditions indispensables pour la prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco dentaire.

Un contact préalable avec le médecin responsable du suivi du traitement par AVK du patient est indispensable. Un bilan biologique donnant au moins la valeur de l'INR est réalisé dans les 24 heures précédant l'acte. La valeur de l'INR doit être stable et inférieure à 4. Les interventions dentaires doivent être entamées au début de la matinée et au début de la semaine. Les techniques d'hémostase locale sont indispensables et systématiquement associées. (Tableau 2)
La continuité des soins doit être assurée. Tout patient traité par AVK ayant une complication hémorragique postopératoire doit pouvoir contacter son dentiste ou un service hospitalier d'urgence.

4- Protocole de prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco dentaire (Tableaux 3 et 4)

Le protocole de prise en charge des patients traités par AVK est fonction de la valeur de l'INR thérapeutique précisée par le cardiologue et du risque hémorragique évalué par le médecin dentiste :

Tableau 2 : Exemple de médicaments hémostatiques actifs par voie locale disponible en Tunisie

| Désignation | composition | Forme et présentation | Mécanisme d'action | Utilisation |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Hémostatiques locaux résorbables | | | | |
| ETIK COLLAGENE | Collagène d'origine bovine | Eponge | | Placer en compression dans |
| HEMOCOLLAGENE | Collagène d'origine bovine | Eponge | | l'alvéole et maintenir en place |
| SURGICEL | Cellulose oxydée régénérée | Gaz | Compression locale | par des sutures |
| Antifibrinolytiques | | | | |
| EXACYL solution buvable | Acide tranexamique | Ampoule de 10 ml | Inhibe la fibrinolyse | Imbiber une compresse puis compresser ou utiliser en rinçage buccale passif |

Tableau 3 : Evaluation du risque hémorragique des actes buccodentaires

| | |
|---|---|
| Actes sans risque hémorragique | <ul style="list-style-type: none"> • Soins conservateurs • Soins prothétique supra-gingivaux • Anesthésie para-apicale, intraligamentaire ou intraseptale |
| Actes à risque hémorragique modéré | <ul style="list-style-type: none"> • Avulsion en secteur localisé • Implant unitaire • Détartrage et surfaçage radiculaire |
| Actes à haut risque hémorragique | <ul style="list-style-type: none"> • Avulsions de plus de trois dents • Avulsions dans différents quadrants • Chirurgie parodontale, mucogingivale • Désinclusion avec traction chirurgico-orthodontique • Avulsions de dents temporaires • Avulsions de dents au parodonte amoindri • Avulsions de dents incluses • Implants multiples • Enucléations kystiques et chirurgie apicale • Biopsie |
| Gestes contre-indiqués | <ul style="list-style-type: none"> • Greffe gingivale libre • Gestes contre-indiqués selon la conférence de consensus de prévention de l'endocardite infectieuse si ces mesures sont requises • Tous les gestes présentant un risque hémorragique dans les cas où le plateau technique à la disposition du praticien est insuffisant • Est déconseillée : anesthésie loco-régionale du nerf alvéolaire inférieur |

Tableau 4 : Tableau décisionnel

| | Actes à risque hémorragique modéré | Actes à haut risque hémorragique |
|--------------------------|---|---|
| INR < 2 | Adresser le patient à son cardiologue traitant | Adresser le patient à son cardiologue traitant |
| 2 ≤ INR ≤ 3 | Pratique de ville Sans arrêt de l'AVK (Hémostatiques locaux + Sutures + Compression) | PEC hospitalière Sans arrêt de l'AVK (Hémostatiques locaux + Sutures + Acide tranexamique + Compression) |
| 3 < INR < 4 | PEC hospitalière Sans arrêt de l'AVK (Hémostatiques locaux + Sutures + Acide tranexamique + Compression) colle biologique conseillée Pas de geste immédiat. | colle biologique conseillée PEC hospitalière Relais héparinique (Hémostatiques locaux + Sutures + Acide tranexamique + Compression) colle biologique conseillée |
| INR ≥ 4 | Rééquilibrer à un INR < 4 pour le jour de l'intervention jusqu'à 3ème jour postopératoire | Rééquilibrer à un INR < 4 pour le jour de l'intervention jusqu'à 3ème jour postopératoire |

- Si $INR \leq 3$ et l'acte bucco-dentaire est à risque hémorragique modéré :

La prise en charge de ces patients peut se faire en pratique de ville sous les conditions suivantes : l'INR est stable et inférieur ou égal à 3, et en dehors des phases d'initiation du traitement par AVK ou d'ajustement thérapeutique.

Le médecin dentiste doit avoir le plateau technique nécessaire pour assurer une hémostase rigoureuse (matériaux hémostatique résorbable intra alvéolaire + sutures + compression) apte à observer les prescriptions médicales et ayant une compréhension suffisante de ce qui lui est proposé

- Si $INR \leq 3$ et l'acte bucco-dentaire est à risque hémorragique élevé ou si $3 < INR < 4$ et l'acte bucco-dentaire est à risque hémorragique modéré :

La prise en charge hospitalière de ces patients est recommandée sous réserve d'assurer une hémostase rigoureuse (matériaux hémostatiques résorbables intra alvéolaire + sutures + acide tranexamique et/ou colle biologique + compression)

- Si $3 < INR < 4$ et l'acte bucco-dentaire est à risque hémorragique élevé ou patient non coopérant :

L'instauration d'un relais du traitement par AVK à l'aide d'HBPM ou d'HNF en milieu hospitalier avant, pendant et après la phase chirurgicale est recommandée en assurant une hémostase rigoureuse (matériaux hémostatique résorbable intra alvéolaire + sutures + acide tranexamique et/ou colle biologique + compression).

Les anesthésies loco-régionales sont contre-indiquées. L'anesthésique local doit contenir un vasoconstricteur sauf dans les rares cas de contre-indication de son emploi. L'antibioprophylaxie est obligatoire lorsque la prévention de l'endocardite infectieuse est recommandée.

5- Précautions concernant la prescription médicamenteuse :

Le contrôle de la douleur se fera par l'utilisation de paracétamol en première intention. Les dérivés opiacés peuvent être prescrits (antalgiques de niveau 2 ou 3)

L'acide acétylsalicylique est contre-indiqué. Les anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) ne doivent pas être utilisés à visée antalgique.

Si une prescription d'anti-inflammatoire se révèle nécessaire, les corticoïdes par voie orale en cure courte doivent, en l'absence de contre indication, être préférés aux AINS. Dans les cas d'une prescription anti-infectieuse, des cas sporadiques d'augmentation de l'INR ont été rapportés après prise d'amoxicilline, de clindamycine ou d'érythromycine, les patients doivent en être informés et rester vigilants.

La prescription d'une antibioprophylaxie pour la prévention de l'endocardite infectieuse n'interagit pas avec l'hémostase et doit suivre les règles habituelles.

La prescription de miconazole chez des patients traités

par AVK est formellement contre-indiquée. Toute autre prescription doit faire rechercher une éventuelle interaction avec les AVK.

6- Comment traiter une hémorragie post opératoire ?

En cas d'hémorragie postopératoire, la règle est la reprise chirurgicale. Après anesthésie locale, la plaie est ré-ouverte et vérifiée, les procédures d'hémostase locale sont ensuite reprises. Les conseils postopératoires sont renouvelés. (Tableau 5). Une exploration de l'hémostase comprenant la mesure de l'INR et la numération plaquettaire doit être réalisée. Dans le cas où le saignement persiste malgré la reprise de l'hémostase, le patient doit être hospitalisé.

Tableau 5: Conseils utiles après avoir bénéficié d'un acte chirurgical bucco-dentaire sans interruption du traitement antithrombotique

Conseils utiles après avoir bénéficié d'un acte chirurgical bucco-dentaire sans interruption du traitement antithrombotique

1. Respecter l'ordonnance prescrite
2. Mordre sur une compresse stérile de façon hermétique après l'intervention
3. Appliquer une poche de glace enrobée d'une serviette contre la région opérée d'une façon intermittente pendant quelques heures
4. Eviter l'exposition au soleil et les endroits chauffés, ainsi que l'effort physique les premiers jours postopératoires
5. Eviter une alimentation chaude et privilégier une alimentation liquide et froide les premiers jours postopératoires
6. Le tabac et l'alcool sont formellement déconseillés pendant une à deux semaines après l'intervention
7. Eviter de faire des bains de bouches, du gargarisme, aspirer, cracher, passer la langue sur la plaie
8. Eviter de conduire après l'intervention et de rester seul la nuit
9. Maintenir une bonne hygiène buccale : commencer les bains de bouches antiseptiques 24h après l'intervention
10. Ne vous inquiétez pas si vous avez des petites quantités de sang dans votre bouche ou des tâches de sang sur votre oreiller, si vous avez un hématome (un bleu) : Mordez sur une compresse stérile pendant 20 minutes, à renouveler si nécessaire
11. En cas de saignement incontrôlable, contacter le numéro de téléphone de votre dentiste. En cas d'absence, ne pas hésiter à vous rendre au service des urgences de l'hôpital (public ou privé) le plus proche.
12. Respecter votre RDV de contrôle fixé par votre médecin

ARGUMENTAIRE

Les antivitamines K (AVK) sont des produits antithrombotiques actifs par voie orale. Ils sont fréquemment utilisés dans le traitement curatif ou préventif des accidents thromboemboliques artériels ou veineux, chez les porteurs de prothèse valvulaire mécanique, en cas de trouble du rythme supraventriculaire emboligène et en cas de thrombose cardiaque intra-cavitaire. La complication majeure de ce traitement reste l'hémorragie. De ce fait, avant une

intervention de chirurgie bucco-dentaire, se pose le problème de la conduite à tenir vis-à-vis de ce traitement: arrêt transitoire avec ou sans relais par une héparino-thérapie ou poursuite avec ou sans diminution de la posologie. Le choix entre ces différentes stratégies dépend du risque hémorragique et du risque thromboembolique qui doivent être évalués chez chaque patient pour obtenir le meilleur rapport bénéfice/risque. Une seule antivitamine K est disponible en Tunisie : Sintrom*. Le Préviscon* et la Coumadine* sont des AVK apportées de l'étranger.

1. On n'arrête plus systématiquement les AVK avant les actes dentaires malgré le risque hémorragique éventuel ; pourquoi ?

Le fait d'arrêter ou de modifier le traitement anticoagulant habituel pris par le patient va l'exposer à un risque thromboembolique accru. Les séquelles thromboemboliques sont associées à une morbi-mortalité non négligeable. Ces séquelles sont retrouvées chez 70 à 75% des patients qui ont été victimes d'un accident thromboembolique artériel et dans 4 à 10% des cas pour un accident thromboembolique veineux.

De plus, des méta-analyses et des études ont montré que le relais héparinique expose à une augmentation du risque hémorragique sans pouvoir démontrer le bénéfice sur la prévention du risque thrombotique comparativement à la non interruption du traitement par AVK ou à l'arrêt simple de l'anticoagulant (1).

En contre partie, aucune séquelle et aucun décès n'ont été trouvés dans la littérature, dans les cas où un saignement postopératoire a été observé chez des patients après une chirurgie buccale sans modification de leur traitement par AVK.

Plusieurs études comparatives ont montré que le taux des complications hémorragiques post extractionnelles chez des patients sans arrêt des AVK, en assurant les moyens d'hémostases locaux, ne dépassent pas le 1%. Ces complications sont de pronostic favorable et le plus souvent résolutif après une reprise chirurgicale locale (2,3).

2. Quelles sont les conditions indispensables pour la prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco dentaire ?

- **Contact préalable avec le cardiologue :**
Un contact préalable avec le cardiologue est recommandé dont le but d'avoir des détails sur la pathologie cardiovasculaire, le risque thromboembolique et d'avoir son accord sur le protocole de prise en charge bucco-dentaire avant un acte de chirurgie dentaire. Il est fortement conseillé d'avoir l'accord du patient voir même son consentement éclairé. Le dossier du patient doit être régulièrement mis à jour : mention de l'état clinique, des incidents ou accidents et des modifications thérapeutiques mêmes minimes. Une trace écrite des

contacts téléphoniques ou oraux avec les différents praticiens (cardiologue, médecin vasculaire, médecin généraliste) doit figurer dans le dossier.

Une radiographie préopératoire (rétro-alvéolaire ou panoramique en fonction de l'acte à réaliser) est indispensable. Chaque intervention donne lieu à un compte rendu opératoire comprenant les produits utilisés, et les prescriptions données. Les examens biologiques sont conservés.

- **Evaluation du risque hémorragique par un bilan biologique (INR) :**

L'INR (taux de prothrombine (TP) du patient/TP du témoin, ce rapport étant élevé à la puissance ISI: indice de sensibilité internationale) est le meilleur test pour surveiller les traitements par AVK. Il est considéré plus fiable que le TP (taux de prothrombine) parce qu'il permet d'éviter la variabilité des résultats en fonction de la thromboplastine utilisée et donc des laboratoires.

La valeur cible de l'INR se situe entre 2 et 3 en cas de maladies thromboemboliques veineuse, de fibrillation auriculaire, de prothèses mécaniques aortiques à faible risque embolique, d'infarctus du myocarde avec thrombus mural ou lors d'une dysfonction ventriculaire gauche sévère. Un INR plus élevé est nécessaire pour les prothèses valvulaires mécaniques mitrales ou pour les valvulopathies mitrales sévères en fibrillation auriculaire. Pour ces patients, les soins dentaires, dans la plupart des cas, pourront être réalisés avec un INR compris entre 3 et 3,5 avec une surveillance de l'INR plus fréquente. L'action de l'AVK est sensible à plusieurs facteurs: fonction hépatique, flore intestinale, alimentation riche en vit K... Ainsi, l'INR doit être mesurée dans les 24 heures précédant l'intervention chirurgicale. La valeur de l'INR doit être stable et inférieure à 4.

- **Examen bucco-dentaire :**

Le risque hémorragique est évalué selon la nature de l'acte bucco-dentaire.

Cependant, certains actes à risque hémorragique élevé (extractions multiples, extraction dans différents quadrants) peuvent être fractionnés en plusieurs séances dans le but de minimiser le risque hémorragique.

Un détartrage avec motivation à l'hygiène buccale est un préalable indispensable à tout acte chirurgical et qui permet de gérer l'inflammation locale et minimiser le risque hémorragique.

- **Autres facteurs :**

Les facteurs favorisants des accidents hémorragiques des patients traités par AVK sont multiples et doivent conduire à une vigilance accrue :

- Les pathologies associées : insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 20ml/mn), l'insuffisance cardiaque sévère, les accidents cérébraux

ischémiques et l'hypertension artérielle mal contrôlée.

- Toute pathologie intercurrente qui peut modifier le métabolisme des AVK et entraîner un risque de surdosage: atteinte hépatique ou biliaire (cholestase), destruction de la flore intestinale (antibiotiques, diarrhée,..)

- Les médicaments associés: possibilité de potentialisation ou d'inhibition de l'action des AVK. La durée du traitement anticoagulant : le risque est élevé pendant la phase d'équilibre puis diminue au delà de la première année d'utilisation.

- L'association d'AVK à des agents antiplaquettaires (AAP) impose une prise en charge hospitalière et un contact préalable avec le cardiologue.

- L'âge: les accidents hémorragiques sont plus fréquents après 65 ans et plus graves après 75 ans.

3. Quel est le protocole de prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco dentaire ?

Le protocole comporte des consignes en pré opératoire, en per opératoire et en post opératoire come ça était décrit dans les recommandations internationales (4,5) :

- En préopératoire :

Les interventions dentaires doivent être entamées en début de matinée et en début de semaine pour pouvoir gérer à temps une éventuelle complication hémorragique.

En l'absence de contre-indication, l'anesthésique local doit contenir un vasoconstricteur. L'anesthésie peut se faire en para-apicale, intra-septale ou intra-ligamentaire. Les anesthésies loco-régionales à l'épine de Spix sont déconseillées afin de prévenir les risques d'hématome pharyngé. Le patient doit être coopérant, accompagné et habitant près d'une structure hospitalière capable de prendre en charge une complication hémorragique ou un service d'urgence. Dans le cas où ces critères ne sont pas remplis, le geste se fera au cours d'une hospitalisation.

- En per-opératoire :

La phase chirurgicale doit être la plus atraumatique possible. Les septa osseux doivent être régularisés ainsi que les berges muqueuses. Les tissus de granulation ainsi que les granulomes et les kystes doivent être curetés en totalité.

Un agent hémostatique local résorbable doit être mis en place dans chaque alvéole, tout en sachant qu'il est contre indiqué de tasser l'oxycellulose (surgicel*) dans l'alvéole. Les plaies doivent être suturées avec mise en place de points de suture unitaires séparés. Les fils résorbables présentent l'intérêt de ne pas nécessiter de réintervention pour leur dépose. Les surjets sont à éviter, le risque de saignement étant plus important en cas de lâchage des points. Une compression locale est nécessaire à l'aide d'une compresse pendant au moins 10 minutes.

Il est recommandé de réaliser la compression locale

postopératoire à l'aide d'une compresse imbibée d'acide tranexamique à 5% dans les cas nécessitant une prise en charge hospitalière. L'acide tranexamique peut être utilisé par le patient en postopératoire en bain de bouche passif. Les gouttières de compression en silicone ou en résine représentent une technique de compression complémentaire.

- En postopératoire :

Des consignes doivent être bien expliquées au patient et à son accompagnant. Il est préférable de remettre au patient des consignes écrites.

La continuité des soins doit être assurée dans les cas de saignement postopératoire. Le patient doit pouvoir contacter son dentiste ou une structure d'astreinte. Un contrôle doit être réalisé au 3ème jour.

Le choix du lieu de prise en charge de ces patients ainsi que le protocole est dicté par la valeur de l'INR et la nature de l'acte. Ce n'est que dans les situations où un haut risque hémorragique chirurgical est prévisible, qu'il est possible de relayer le traitement AVK par une HNF ou des HBPM avant, pendant et après la phase chirurgicale. Malgré certaines données favorables dans de petites séries non contrôlées, l'utilisation des HBPM demeure controversée en cas de prothèse valvulaire et elles ne sont pas approuvées officiellement dans cette indication. L'utilisation des HBPM doit être particulièrement prudente chez le sujet âgé et elle est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale. Le geste chirurgical est à retarder dans les cas où l'INR est supérieure à 4. Pour ces patients, on peut demander de maintenir l'INR en dessous de 4 pour le jour de l'intervention et pendant les 3 jours post-opératoires.

Si la valeur de l'INR est inférieure à 2, le patient court un risque thromboembolique. Ainsi, une concertation entre le médecin dentiste et le cardiologue prenant en considération le risque thromboembolique, l'urgence de l'acte dentaire et le nombre d'actes bucco-dentaires à risque hémorragique est nécessaire.

4. Quelles sont les précautions concernant la prescription médicamenteuse ?

Les prescriptions médicamenteuses postopératoires peuvent induire des interactions avec les AVK. Pour cette catégorie de patients, le contrôle de la douleur se fait par l'utilisation de paracétamol en première intention. L'acide acétylsalicylique est contre-indiqué. Les prescriptions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiquées. Les dérivés opiacés peuvent être prescrits dans les cas où la douleur est plus importante (antalgiques de niveau 2 ou 3). Si une prescription anti-inflammatoire se révèle nécessaire, des corticoïdes en cure courte et par voie orale seront privilégiés dans les cas où le patient ne présente pas de contre-indication à cette prescription.

En ce qui concerne le contrôle infectieux, il ne semble pas avoir un risque hémorragique postopératoire avec la

famille des amoxicillines. Le métronidazole interagit avec les AVK, il doit être évité tant que possible. Dans tous les cas, une antibioprofylaxie ne modifie pas la valeur de l'INR. Si une infection avérée doit être traitée : les antibiotiques adéquats sont prescrits avec un contrôle de l'INR plus

rapproché. Il peut exister un risque d'augmentation de l'INR par arrêt d'un médicament inhibiteur de l'action des AVK, c'est le cas des barbituriques, de la diphénylhydantoïne ou de la rifampicine

5. Comment traiter les complications hémorragiques postopératoires ?

Les accidents hémorragiques compliquent environ 1,5% des cas où les AVK ne sont pas arrêtées ou poursuivies sans modification de la posologie. La prise en charge d'une hémorragie postopératoire chez un patient traité

par AVK repose toujours en premier lieu sur une action locale pour contrôler le saignement. La règle est la reprise chirurgicale. La zone opératoire est réouverte après anesthésie, le matériel de compression intra-alvéolaire est retiré. Ce geste permet de visualiser le saignement pour agir directement à sa source. La suite est identique à la prise en charge initiale. Un matériel hémostatique intra-alvéolaire est remis en place, des sutures sont réalisées, une compression locale est instaurée et un agent antifibrinolytique par voie locale peut être associé au cours de la période de cicatrisation. Une NFS et une exploration biologique de l'hémostase (notamment la valeur de l'INR) sont demandées. Si un saignement non contrôlé persiste après la reprise chirurgicale, le patient doit être hospitalisé dans un service adapté. (6, 7).

REFERENCES

1. Siegal D, Yudin J, Kaatz S, et al. Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists : Systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates. *Circulation* 2012;126:1630-9.
2. Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American college of chest physicians evidence based clinical practice guidelines. *Chest* 2012;141(4): 1129
3. Wysokinski WE, McBane RD. Periprocedural bridging management of anticoagulation. *Circulation* 2012;126:486-90.
4. Recommandations pour la prise en charge des patients sous traitement antivitaminés k en chirurgie bucco-dentaire. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale* 2006 ; 12, 4 : 188-212
5. Kopp J. Gestes invasifs et patients sous anticoagulants oraux : to bridge or not to bridge. *Revue Med Suisse* 2013; 9 :1875- 80.
6. Recommandations de l'emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. *Médecine Buccale Chirurgie buccale* 2003; 9, 2 : 65
7. Denise E. Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013;116:709-716