



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge des patients atteints d'un trouble de l'hémostase et
avulsions dentaires : efficacité, tolérance et compliance.**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Novembre à 18H
au Pôle Recherche

Par Amélie LABORDE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Joël FERRI

Assesseurs :

Madame le Professeur Jenny GOUDEMAND

Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Madame le Docteur Jennifer BIERNAT

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Marie-Madeleine BARALLE

Table des matières

Résumé 1

Introduction 2

Patients et méthodes 4

I Patients 4

II Types d'intervention 4

III Protocole 5

A Moyens locaux 5

B Moyens systémiques 5

C Règles hygiéno-diététiques associées 6

IV Recueil de données et moyens statistiques 7

Résultats 8

I Démographie 8

II Evaluation clinique 11

III Echelle de confort 11

Discussion 12

I Efficacité clinique 12

II Effectif de la population étudiée 12

III Compliance et complications 13

IV Biais de subjectivité 13

V Evolution des pratiques 14

Conclusion 15

Bibliographie 16

RÉSUMÉ

Cette étude a eu pour but 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.

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. A la consultation post-opératoire, les patients ont été interrogés à propos de la survenue de douleur, saignement, complication et sur l'évaluation du confort.

Trente-sept patients ont été inclus. Des saignements se sont produits chez treize patients. (35,1%) et sept d'entre eux (18,9%) ont dû consulter aux Urgences pour le contrôler. Les patients ont évalué à 8.77/10 le confort hospitalier et à 8.40/10 le confort au domicile.

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 essentielle pour une bonne prise en charge.

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. A ces pathologies s'ajoutent dans cette étude les thrombopénies acquises.

L'hémophilie est une maladie hémorragique constitutionnelle à transmission récessive liée à l'X. Il en existe 2 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 3 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 tel 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, 5, 6, 7, 8, 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

I Patients

Il s'agissait d'inclure de façon prospective, entre février 2013 et février 2014, les patients atteints d'hémophilie, 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 post-opératoire. Tous ces patients ont, en premier lieu, consulté à la consultation pluridisciplinaire hématologique et stomatologique du service où le protocole de prise en charge a été décidé.

II 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.

III Protocole

A Moyens locaux

Dans le cadre de l'anesthésie locale, celle-ci doit être réalisée avec vasoconstricteur et avec injection dans la gencive attachée.

En per-opératoire, 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.

B Moyens systémiques

Les patients ont tous observé une antibioprofylaxie.

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 microg/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 750cc sur 8 heures pour un adulte et 20mL/kg/24H 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 est 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 55U/kg à H-1 suivi de bolus de 30U/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 préopératoire.

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

C Règles hygiénodietétiques associées:

Les patients ont dû observer en post-opératoire 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 2 à 3 semaines, dans le but de réduire le risque d'infection et de saignement post opératoire 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 1g 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 était proscrits. Les patients ayant une hépatopathie devaient faire des bains de bouche uniquement avec de l'eau glacée.

IV Recueil de données et moyens statistiques

En ce qui concerne le recueil des informations cliniques, les patients étaient revus en consultation post opératoire entre J7 et J30. A cette consultation, la cicatrisation muqueuse était vérifiée, ainsi que la résorption des fils. On interrogeait également les patients à l'aide du questionnaire de recueil de données post-opératoire, afin d'évaluer plusieurs critères cliniques: sexe et âge du patient, type de pathologie, type d'intervention, douleur, saignement au domicile, chute d'escarre, complication autre, nécessité de reconsulter aux urgences, et évaluation du confort hospitalier et au domicile par une échelle notée de 1 à 10. (Tableau 1) La valeur 1 correspondait à un protocole très contraignant d'après le patient et la valeur 10 pour un protocole sans contrainte particulière. Ainsi l'efficacité clinique, la tolérance et la compliance du patient au protocole pouvaient être évaluées.

RÉSULTATS

I Démographie:

37 patients ont été inclus dans l'étude . Le descriptif de la population est détaillé dans les tableaux 1 et 2.

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 jours (0-6).
(Tableau 2)

Tableau 1 : Descriptif de la population étudiée

(cf page suivante)

Légende : NC non communiqué, NE non évaluable, 0 absence, 1 présence, DDS : dents de sagesse, TF : transfusion, plq : plaquettes,

	Sexe	Age	Pathologie	Protocole IV	Date d'intervention	Type d'intervention	Douleur	Douleur intense	Saignement au domicile	Complication	Urgences	Confort Hospitalier	Confort au Domicile	Durée Hospitalisation (jours)
1	H	71	Thrombopénie	TF si plq <50000	07/02/13	11 DENTS AG	1	0	0	0	0	10	10	1
2	H	7	Hémophile B mineure	Betafact	07/02/13	1 dent de lait AG	0	0	0	1	0	5	NC	1
3	H	14	Willebrand	MINIRIN	14/02/13	dents incluses et frein AG	1	0	0	0	0	10	10	2
4	F	28	Hémophilie A mineure	MINIRIN	15/03/13	1 dent AL	1	0	0	1	0	10	10	1
5	H	18	Hémophilie A mineure	MINIRIN	21/02/13	4 DDS AG	0	0	1	0	1	7	7	1
6	F	22	Willebrand	MINIRIN	11/04/13	4 DDS AG	1	0	0	0	0	9	8	1
7	F	38	Willebrand	MINIRIN	20/03/13	1dent et RA AG	1	0	1	0	0	9	8	1
8	H	60	Thrombopénie	TF si plq<40000	16/04/13	X dents AG	0	0	0	0	0	10	10	1
9	F	51	Willebrand	MINIRIN	22/04/13	1dent et RA AL	1	0	1	1	1	10	5	1
10	F	42	Thrombopénie PTI	Ig IV 5 JOURS	24/05/13	6 dents AL	1	1	1	1	0	1	8	6
11	H	41	Hémophile A	MINIRIN	30/05/13	Totale AG	0	0	0	0	0	10	10	3
12	H	8	Hémophilie A sévère	FACTANE	27/05/13	3 dents de lait AL	1	0	0	0	0	10	8	1
13	F	26	Hémophilie A mineure	MINIRIN	23/05/13	4 DDS AG	1	0	0	0	0	3	5	2
14	F	62	Thrombopénie	TF si plq <50000	05/07/13	13 dents AL	1	0	1	1	0	NC	10	<1
15	F	48	Willebrand	WILFACTIN	12/07/13	3 dents AL	1	0	0	0	0	7	9	2
16	F	33	Hémophilie A mineure	MINIRIN SI SGT	16/09/13	4 DDS AG + 1 dent	0	0	0	0	0	10	10	1
17	F	78	Hémophilie A conductrice	FACTANE	19/08/13	3 dents AL	0	0	0	0	0	10	10	1
18	F	17	Willebrand 1	MINIRIN	26/07/13	1 DDS AL	1	0	0	0	0	10	5	1
19	F	68	Willebrand 2M	WILFACTIN	09/10/13	8 dents AL	1	0	0	0	0	10	10	1
20	F	84	Thrombopénie	TF si plq<35000	20/09/13	2 dents AL	1	0	0	0	0	10	5	<1
21	H	17	Hémophilie A mineure	MINIRIN	16/10/13	X dents AG	0	0	1	0	1	6	8	2.5
22	H	37	Hémophilie A sévère	FACTANE	07/10/13	2 dents AL	1	0	1	1	0	10	10	1
23	F	18	Willebrand	WILFACTIN	16/10/13	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	10	2
24	F	13	Willebrand 1	MINIRIN	18/10/13	2 dents de lait AL	0	0	0	0	0	7	10	1
25	F	18	Willebrand modéré	MINIRIN	18/11/13	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	6	1
26	H	59	Hémophilie A sévère	FACTANE	18/11/13	4 DDS AG	0	0	0	0	0	10	10	3
27	H	16	Willebrand limité	MINIRIN	25/11/13	4 DDS AG	1	1	1	0	0	10	8	3
28	F	28	Thrombopénie	MINIRIN si besoin	09/12/13	4 DDS AG	1	0	0	0	0	10	10	1
29	H	16	Hémophilie A mineure	MINIRIN	23/12/13	4 DDS AG	0	0	1	0	1	10	10	3
30	H	16	Hémophilie A mineure	MINIRIN	23/12/13	4 DDS AG	0	0	1	0	1	10	10	1
31	H	74	Thrombopénie	TF si plq<40000	16/01/14	11 DENTS AG	1	0	1	0	1	10	5	3
32	H	42	Willebrand	MINIRIN	08/01/14	1 dent AL	1	0	0	0	0	10	8	1
33	F	17	Willebrand	MINIRIN	08/01/14	4 DDS AG	1	1	0	1	0	6	4	1
34	H	11	Hémophilie A modéré	ADVATE	01/02/14	2 dents AG	0	0	0	0	0	10	10	2
35	F	50	Thrombopénie PTI	Ig IV	26/01/14	X dents AG	1	0	1	0	0	NE	NE	2
36	F	40	Willebrand	WILFACTIN	27/01/14	2 dents AL	1	0	1	1	1	7	7	3
37	H	55	Thrombopénie	TF si plq <40000	24/01/14	X dents AG	0	0	0	0	0	10	10	2

Tableau 2 : Description statistique de la population

		n	%
Sexe	Homme	17	46%
	Femme	20	54%
	m (m-M)	36.3 (7-84)	
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)	1.65 (0-6)	

Les résultats sont donnés en pourcentage, sauf mention contraire. (n : effectif ; m : moyenne ; (m-M) : minimum-maximum)

Tableau 3 : Description statistique des critères cliniques

		Total	
		n	%
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)	
Confort Domicile	m (m-M)	8.4 (4-10)	

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

II Evaluation clinique:

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

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 post opératoire. Elles ont pu être contrôlées par des gestes locaux d'hémostase comme des sutures en X ou par des moyens systémiques. (Tableau 3)

III Echelle de 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. (Tableau 3)

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 de l'échelle de confort avec $p < 0.05$. Les patients n'ayant pas eu de douleur ont une échelle moyenne de 9.6 (7-10) et ceux présentant une douleur ont une échelle 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 reconsulter en urgence n'ont pas montré de différence significative sur l'évaluation de l'échelle de confort.

DISCUSSION

I Efficacité clinique:

Le protocole clinique utilisé a présenté des fréquences de saignement post opératoire semblables à celles d'autres études publiées dans la littérature: Franchini M et al retrouvaient dans une étude menée en Italie sur 247 patients hémophiles, 10 complications hémorragiques soit 1.9% (4). Frachon X et al: étude sur 63 hémophiles, 1 seul saignement (5), Piot B 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 et 7), Federici AB et al: étude sur 63 patients hémophiles, 1 seul saignement (8) Peisker A et al: étude sur 15 patients hémophiles, 2 saignements (9).

II 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 d'une part dus à la prévalence faible des pathologies étudiées, et aux perdus de vue. En effet plus de 10 patients ont bénéficié du protocole, mais ne se sont pas présentés à la consultation post opératoire.

III Compliance et complications:

Les complications ont entraîné un défaut de compliances 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 donc arrêté ses bains de bouche prématurément (n°2). Il n'a tout de même pas eu 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 fait une alvéolite suppurée à 3 semaines. (n°33) (tableau 1)

IV 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 post-opératoire, 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.

V Evolution des pratiques:

La recherche bibliographique s'est limitée aux 15 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, 5, 6, 7, 8, 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, 11, 12, 13, 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 post opératoire ou la cicatrisation.

CONCLUSION

Le protocole de prise en charge utilisé dans le service permet un contrôle acceptable des saignements post extractionnels. 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 hématologue 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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: conduit à tenir. Med Buccale Chir buccale 2005; 11: 121-143*

4 *Franchini M, Rossetti G, Tagliaferri A, Pattacini C, Pozzoli D, Lorenz C, Del Dot L, Ugolotti G, Dell'Aringa C, Gandini G. Dental procedures in adult patients with hereditary bleeding disorders: 10 years experience in three Italian Hemophilia Centers. Haemophilia 2005; 11: 504-509.*

5 *Frachon X, Pommereuil M, Bertier AM, Lejeune S, Hourdin-Eude S, Quéro J, Mézière X, De Mello G, Garnier J (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: 270–275*

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: 71-77.*

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: 82-88.
- 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: 271-275
- 14 Viswabandya A, Mathews V, George B, Nair SC, Baidya S, Nammen JJ, Chandy M, Srivastava A. Successful surgical haemostasis in patients with von Willebrand disease with Koate DVI. *Haemophilia* 2008; 14: 763-767.
- 15 [Szekely E](#)¹, [Baralle MM](#), [Raoul G](#), [Marey A](#), [Ferri J](#). Dental avulsions and blood coagulation disorders. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005; 106: 276-80

Auteur : LABORDE Amélie

Date de Soutenance : 14 Novembre 2014

Titre de la Thèse : Prise en charge des patients atteints d'un trouble de l'hémostase et avulsions dentaires : efficacité, tolérance et compliance.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES chirurgie orale

Mots-clés : Extraction dentaire, Hémophilie, Maladie de Willebrand

Résumé :

Cette étude a eu pour but 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.

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. A la consultation post-opératoire, les patients ont été interrogés à propos de la survenue de douleur, saignement, complication et sur l'évaluation du confort.

Trente-sept patients ont été inclus. Des saignements se sont produits chez treize patients. (35,1%) et sept d'entre eux (18,9%) ont dû consulter aux Urgences pour le contrôler. Les patients ont évalué à 8.77/10 le confort hospitalier et à 8.40/10 le confort au domicile.

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 essentielle pour une bonne prise en charge.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Joël FERRI

Asseseurs : Madame le Professeur Jenny GOUEMAND

Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Madame le Docteur Jennifer BIERNAT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Madeleine BARALLE

