

COMPLICATIONS FATALES APRÈS MODIFICATION D'UN TRAITEMENT PAR ANTIVITAMINES K AVANT DES ACTES BUCCO-DENTAIRES: A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

BOUKAIS Hamid¹, ZERROUKI Wacila², BOULMERKA. Sonia¹,
AOUAMEUR. Rachida³

¹(CHU Blida –Service pathologie et chirurgie buccale /Université Saad Dahlab , Blida - Algérie)

²(CHU Béni Méssous- Service de pathologie et chirurgie buccale/ University d'Alger- Algérie)

³(EPH Bologhine – Service de réanimation / université d'Alger- Algérie)

RESUME: Les antithrombotiques, parmi les quels les antivitaminés K, sont prescrits pour des malades atteints de pathologies générales, souvent cardiovasculaires, qui les exposent au risque thrombo-embolique et ses conséquences qui peuvent être fatales. L'arrêt de ces médicaments, même d'une façon temporaire, engendre l'accident thrombotique.

En chirurgie dentaire, malgré des recommandations qui plaident le maintient des antivitaminés K en cas d'actes sanglants et le recours aux techniques locales d'hémostase pour prévenir les hémorragies postopératoires, certains praticiens cardiologues et chirurgiens dentistes continuent à diminuer voire arrêter le traitement avant ces actes. Cette façon de faire peut engendrer des complications graves qui peuvent conduire au décès.

Les cas rapportés sont ceux de deux malades qui ont présenté des complications fatales (décès, amputation d'un membre), suite à la modification du traitement par anticoagulants (Antivitaminés K), avant des gestes bucco-dentaires.

KEYWORDS: Antivitaminés K. extractions dentaires. accidents thrombo-emboliques.

INTRODUCTION

Le nombre de malades traités par les antithrombotiques consultant en odontostomatologie, devient de plus en plus élevé en raison de la nette augmentation de l'incidence des pathologies à risque thrombo-embolique, cardiovasculaire ou non. La plupart de ces patients sont exposés à un risque de thrombose lié à leur pathologie. [1-2].

Afin de prévenir la survenue d'un accident thrombotique chez ces malades, les cardiologues ont recours à la prescription d'antivitaminés K (Sintrom®) afin de maintenir une hypocoagulabilité sanguine stable et efficace. [3]. Mais, cette hypocoagulabilité, en même temps qu'elle permet de prévenir la formation d'une thrombose, expose les malades à un risque hémorragique lors des actes sanglants de la cavité buccale (le cas le plus fréquent étant l'extraction dentaire).

Malgré les recommandations actuelles et les publications de plus en plus nombreuses, qui plaident le maintient des antivitaminés K (Sintrom®), et le recours à l'hémostase locale, lors des actes sanglants de la cavité buccale (le plus fréquent étant l'extraction dentaire simple) [4-5], certains praticiens par surestimation du risque hémorragique, continuent à recourir à la modification, voire à l'arrêt du traitement par antivitaminés K en cas d'actes de chirurgie buccale. Mais, cette façon de faire, expose les patients à un risque thrombo-embolique majeur et ses complications graves, voire fatales.

Nous rapportons le cas de deux malades traités par antivitaminés K (Sintrom®), qui suite à la modification de leur traitement anticoagulant avant le geste bucco-dentaire, ont présenté un accident thrombo-embolique compliqué fatalement d'un accident vasculaire cérébral et de décès chez une malade et d'une « phlegmatiae caerulea » ayant conduit à une amputation de l'extrémité d'un pied chez l'autre.

CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 66 ans, opérée cardiaque porteuse d'une prothèse valvulaire en position mitrale, et présentant une fibrillation auriculaire, est traitée au long court à l'aide d'une Antivitamine K (Sintrom®), afin de prévenir la survenue d'un accident thrombotique.

Cette patiente a consulté son chirurgien dentiste dans le cadre d'un contrôle périodique, qui décida alors de procéder à un détartrage.

Afin de mettre la patiente à l'abri du risque hémorragique, le chirurgien dentiste demande au cardiologue de réduire la dose des antivitaminés K pour ramener l'INR à une valeur inférieure à 3 deux jours avant le geste dentaire. Le cardiologue répond alors favorablement à la demande du chirurgien dentiste et procéda à la modification de la posologie du traitement Antivitamine K, ce qui a ramené l'INR à 2.

Quatre jours après la modification du traitement, la patiente a compliqué et a été admise en réanimation médicale et soins intensifs et décède des suites d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 32 ans a présenté une thrombose veineuse du membre inférieur gauche, une semaine après une intervention chirurgicale pour appendicectomie.

Afin de prévenir la récurrence de la thrombose, cette patiente a été mise par son médecin traitant sous AVK (Sintrom®), pour maintenir une hypocoagulabilité sanguine stable et efficace.

Pendant la période où elle était sous Sintrom®, cette patiente a consulté un chirurgien dentiste pour un abcès dentaire du à la racine infectée de la 24 (première prémolaire gauche). Après un traitement symptomatique médical de l'abcès par antibiothérapie, le chirurgien dentiste posa l'indication de l'extraction de la racine résiduelle de la 24. Mais, la patiente étant toujours sous Sintrom®, et afin de prévenir la survenue d'une hémorragie post-extractionnelle, le chirurgien dentiste a exigé du cardiologue d'arrêter temporairement le Sintrom® avant l'extraction dentaire. 06 jours après l'arrêt du Sintrom® et avant sa réintroduction, la patiente a compliqué et a présenté une phlébite bleue « *phlegmatiae caerulea* » (fig 1 et fig 2), conséquence de la thrombose et de l'ischémie due à l'arrêt du Sintrom® et du être amputée pour gangrène de l'extrémité de son pied gauche.



Fig 1 :



Fig 2:

Fig 1 et 2 : Phlébite bleue de l'extrémité du pied gauche « *phlegmatiae caerulea* »

COMMENTAIRES

Pendant plus de 70 ans, la relation entre les anticoagulants et chirurgie buccale, est restée controversée. Ainsi, cette controverse a fait que plusieurs protocoles de prise en charge des patients sous anticoagulants en cas d'actes chirurgicaux de la cavité buccale, ont subsisté simultanément durant longtemps. Parmi ces protocoles :

- L'arrêt du traitement anticoagulants deux jours avant le geste et sa reprise 04 jours après ;^[6]
- La diminution de la posologie du traitement par Antivitamines K, 03 jours avant le geste pour ramener l'INR (International Normalized Ratio), à une valeur inférieure à 2 ;^[7]
- Le relais des antivitamines K, par l'héparine, en milieu hospitalier pendant 07 jours ;^[8]
- Le maintien des anticoagulants sans modification aucune (INR situé entre 2 et 4,5), et le recours aux techniques locales d'hémostase lors des actes de chirurgie buccale, afin de prévenir la survenue des hémorragies.^[9]

Mais, depuis quelques années, les trois premiers protocoles de prise en charge ont été abandonnés par la plupart des praticiens, pour les raisons suivantes :

- L'arrêt ou la diminution du traitement anticoagulant, entraîne une hypercoagulabilité sanguine réactive qui est à l'origine de la constitution et de l'extension de la thrombose.^[10]
- Le relais des AVK par l'héparine, ce protocole qu'on croyait être sécurisant, s'est avéré être pourvoyeur d'hémorragies postopératoires qui surviennent au moment du chevauchement des deux anticoagulants (antivitamines K et héparines), ce chevauchement inévitable lors du relais, expose les malades à un haut risque hémorragique, car les deux voies de la coagulation se trouvent altérées à ce moment par les deux anticoagulants, tout en sachant que les antivitamines K altèrent la voie extrinsèque de la coagulation et l'héparine calcique altère la voie intrinsèque de la coagulation. S'ajoute à cela la survenue très fréquentes des thrombopénies induites par l'héparine qui aggravent le risque hémorragique.^[11]

La survenue de ces complications a engendré la mise en quarantaine des trois premiers protocoles et la publication de plus en plus de travaux par des chirurgiens oraux et des cardiologues qui plaident en faveur du quatrième protocole

qui n'altère pas le régime de l'anticoagulation et qui utilise systématiquement des techniques locales d'hémostase simples, non onéreuses et efficaces pour la prévention des hémorragies postopératoires en cas de gestes sanglants de la cavité buccale. Le recours à l'hémostase locale est justifié par la fréquence très élevée des causes locales dans la survenue des hémorragies buccales (actes traumatisants, déchirures muqueuses, fractures alvéolaires, granulome inflammatoire laissé en place non cureté après extraction dentaire et l'utilisation précoce des bains de bouche), et le caractère extériorisé de ces hémorragies qui les rend accessibles à la compression locale mixte (intrinsèque et extrinsèque).^[12]

De plus en plus, des travaux plaident en faveur de l'hémostase locale étaient retrouvés dans la littérature. Parmi ces travaux, figurent des essais thérapeutiques, des recommandations de sociétés savantes et des études de séries de cas^[13-16].

Mais, malgré une bibliographie riche, certains praticiens, par surestimation du risque hémorragique et la sous-estimation du risque thrombotique chez les patients sous anticoagulants, ont et continue jusqu'à l'heure actuelle d'exiger des cardiologues et des médecins prescripteurs des anticoagulants de modifier et de réduire la posologie de ces médicaments avant tout acte sanglant de la cavité buccale, exposant ainsi les malades au plus grave risque qui est la survenue et l'extension d'une thrombose vasculaire, notamment chez les patients à haut risque thrombotique comme les porteurs de prothèses valvulaires.

Dans le premier cas rapporté, la malade devait subir un détartrage qui est pourtant un acte qui n'est pas très hémorragique car il ne provoque pas la rupture des micro- vaisseaux comme lors d'une extraction dentaire. Le chirurgien dentiste a exigé du médecin traitant de modifier le traitement par Sintrom® dans le sens d'une diminution ce qui a perturbé l'anticoagulation et a provoqué la thrombose, qui a été à l'origine de l'accident vasculaire cérébral ischémique et du décès. Chez cette patiente, le risque de survenue de thrombose est majeur, car elle était porteuse d'une prothèse valvulaire en position mitrale et suivie pour une fibrillation auriculaire, et ce sont justement ces deux pathologies qui ont majoré le risque thrombotique chez cette patiente et ont indiqué la prescription au long cours d'une antivitamine K (Sintrom), à titre préventif d'une thrombose. Il est alors logique de comprendre que l'arrêt ou la diminution de ce traitement chez cette patiente à haut risque thrombo-embolique a perturbé l'hypocoagulabilité sanguine dans le sens d'une hypercoagulabilité et a été à l'origine de la constitution de la thrombose, de son extension, de la survenue de l'accident vasculaire cérébral et du décès.

Le 2^{ème} cas rapporté est celui d'une jeune patiente qui a subi une intervention chirurgicale type appendicectomie et qui a été mise sous antivitamine K (Sintrom®) pour contrebalancer le thromboembolique postopératoire. Cette patiente qui devait subir l'extraction d'une simple racine dentaire (24), s'est vu exiger par le chirurgien dentiste un arrêt ou une diminution de la dose des antivitamines K, afin de réduire le degré de l'hypocoagulabilité sanguine pour prévenir le risque hémorragique après l'extraction dentaire. Cette jeune patiente comme la première, a présenté un accident thromboembolique type phlébite bleue de l'extrémité du pied gauche, qui après échec de toutes les tentatives de revascularisation, s'est vu amputé la partie gangrenée de l'extrémité de son pied gauche.

Pour les deux cas cliniques, la survenue de ces complications graves, était pourtant évitable, car à l'heure actuelle, ces actes bucco-dentaires, comme les détartrages et l'extraction dentaire, ne nécessitent ni l'arrêt, ni la modification de la posologie des Antivitamines K, parce que les hémorragies postopératoires en chirurgie buccale sont accessibles à la compression car elles sont extériorisées^[17]. L'excès de prudence montré par ces deux praticiens a entraîné les complications graves, fatales et irréversibles chez ces deux patientes. D'ailleurs, lorsqu'on met en balance le risque thrombotique et le risque hémorragique, il est clair et évident que le premier l'emporte sur le 2^{ème} risque. En effet, la survenue d'une hémorragie buccale n'engage jamais le pronostic vital comme l'accident thrombo-embolique.

Des séries de cas de complications thromboemboliques après suspension ou diminution de la posologie des traitements anticoagulants, ont été publiées par des praticiens cardiologues, médecins réanimateurs et des chirurgiens qui mettent en garde sur les dangers de l'arrêt du traitement anticoagulant.

Dans ce contexte, une synthèse des données de la littérature sous forme de méta-analyse publiée par Wahl MJ en 1998^[18], rapporte des accidents thrombo-emboliques sur 542 cas documentés d'interruption d'un traitement par Warfarine chez 493 patients. Des thromboses sévères ont été observées pour environ 1% des patients, suite à la diminution ou à l'interruption du traitement anticoagulant. 04 des 05 patients concernés par ces complications sont décédés dans les jours suivant l'accident thrombotique.

Dans leur étude, TP Carrel et coll^[19], ont colligé une série de 235 patients sous anticoagulants oraux, porteurs d'une ou deux prothèses valvulaires, ont subi des chirurgies non cardiaques (thoracique, orthopédiques abdominales et

urologiques et chirurgies orales). L'attitude vis-à-vis des anticoagulants était : soit l'arrêt des antivitamines K et relais à l'héparine, L'arrêt des antivitamines K sans relais et reprise très précoce après, ou maintient sans modification des antivitamines K. Dans cette étude le taux de mortalité était de 2,9% , les accidents thrombo-emboliques étaient plus fréquents que les accidents hémorragiques facilement maîtrisables. La plupart des accidents thrombo-emboliques sont survenues chez des patients porteurs de prothèses valvulaires en position mitrale et suivis également pour une fibrillation auriculaire. Cette même constatation a été faite chez la patiente du premier cas clinique. En effet, il est admis et connu depuis très longtemps que les prothèses valvulaires en position mitrale sont plus thrombogènes que les prothèses en position aortiques. La fibrillation auriculaire aggrave la survenue d'une thrombose.

CONCLUSION

Les malades sous antithrombotiques en général et sous antivitamines K en particulier deviennent de plus en plus fréquents aux consultations d'odontostomatologie. Depuis quelques années, ces patients sont pris en charge pour les actes buccaux sanglants, sans modification du traitement anticoagulant, lorsque le malade est situé dans sa zone thérapeutique. L'hémostase est assurée par les procédures locales, ce qui met les patients à l'abri des complications hémorragiques et thromboemboliques. En effet, il y a plus de risque à l'arrêt du traitement, que lors de son maintien. Les chirurgiens dentistes doivent collaborer étroitement avec les médecins prescripteurs des anticoagulants, et s'informer des risques avant de s'engager sur les anciens protocoles, abandonnés il y a longtemps, en raison des contraintes qu'ils imposaient aux patients et des risques, graves et fatales, aux quels il les exposait inutilement.

REFERENCES

- [1] Salzman EW, Harris WH, De Sanctis RW. Anticoagulation for prevention of thrombo-embolism following hip surgery. *New England Journal Med.* 1996 ; 275 ; Page : 122
- [2] Levy JP et coll. *Hématologie et transfusion : Thromboses : mécanismes et traitement.* ED Masson 2001 : p : 337-339
- [3] Polack B, Scheved J.F, Boneu. B. *Recommandations pour l'utilisation des antithrombotiques en pratique courante.* *Rev Sang, Thrombose vaisseaux* 2010. n°3 (supplément du n°5).
- [4] Blinder. D, Manor. Y, Martinowitz U, Taicher S. *Dntal extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy . Comparaison of INR value occurrence of post-operative bleeding.* *Int Jour Oral med, oral pathol, oral radiol Endod* 2001 : 92(3) : 248-249.
- [5] Sacco R, Sacco M, Carpenedo M, Mannucci PM. *Oral surgery in patients on oral anticoagulant therapy : a randomized comparison of different intensity targets.* *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104:18-21
- [6] Cathelim. M. *Patients sous anticoagulants. Quelle attitude adopter avant un acte de chirurgie buccale ?.* *Actualités Odontostomatologiques* 1996 : (196) : 546 - 556
- [7] Cannon PD, Dharmar VT. *Minor oral surgical procedures in patients on oral anticoagulants : a controlled study.* *Aust-Dent- J* ; 2003. 48 : 115-118
- [8] Cesareo. BV et coll. *An outpatient regimen for dental improvements for patients with valvular cardiopathies and oral anticoagulant therapy.* *Minerva Stomatol* 1994 sep 43(9) : 409-415.
- [9] Morimoto Y, Niwa H, Minimatsu K. *Hemostatic management of tooth extractions in patients on oral antithrombotic therapy.* *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66:51-7.
- [10] Prendergast BD. *Management of patients with prosthetic heart valves during non-cardiac surgery.* *Przegl Lek.* 2004;61(6):556-9.
- [11] Cuker A. *Clinical and laboratory diagnosis of heparin-induced thrombocytopenia: an integrated approach.* *Seminars in thrombosis and hemostasis.* 2014;40(1) :106-14.
- [12] Fadila Daïmellah et coll. *Facteurs de risque hémorragique chez les patients sous antivitamine K en chirurgie buccale.* *Med Buccale Chir Buccale* 2010;16:209-215
- [13] Morimoto Y, Niwa H, Minimatsu K. *Hemostatic management of tooth extractions in patients on oral antithrombotic therapy.* *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:51-7.
- [14] Daïmellah F, and all *Dental extractions in cardiac patients with anticoagulants: results of a therapeutic trial of acenocoumarol versus heparin calcium* *Med Buccale Chir Buccale* 2009;15:63-74
- [15] *Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Recommandations de la société Française de Chirurgie Orale en collaboration avec la Société Française de Cardiologie et le Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-Opératoire.* Juillet 2015
- [16] Shin-Yu Lu , Liang-Ho Lin , Shui-Sang Hsue. *Management of dental extractions in patients on warfarin and antiplatelet therapy.* *J Formos Med Assoc.* 2018 Nov;117(11):979-986.
- [17] Andrea Boccatonda and all *Perioperative Management of Antithrombotic Therapy in Patients Who Undergo Dental Procedures: A Systematic Review of the Literature and Network Meta-Analysis.* *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Mar 28;20(7):5293.
- [18] Wahl. MJ. *Dental surgery in anticoagulated patients.* *Arch Inter Medicine* 1998; 158: 1610- 1615.
- [19] T P. Carrel , W. Klingemann, P. J. Mohacsi, P. Berdat, U. Althaus. *Perioperative bleeding and thromboembolic risk during non-cardiac surgery in patients with mechanical prosthetic heart valves: an institutional review.* *J Heart Valve Dis.* 1999 Jul;8(4):392-8