

Recommandations de la SFMBCB

Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie

(Med Buccale Chir Buccale 2005;11:55-76)

Introduction

Les maladies cardiovasculaires représentent actuellement la première cause de morbidité et de mortalité en France. L'élargissement des indications du traitement par agents antiplaquettaires (AAP) dans ces affections conduit l'odontostomatologiste à soigner de plus en plus fréquemment des patients traités par AAP au long cours. Les patients sous AAP présentent des modifications de l'hémostase primaire qui interfèrent directement avec la réalisation de soins dentaires ou d'une intervention chirurgicale. Aussi, deux stratégies thérapeutiques s'opposent : l'arrêt du traitement par AAP, avec ou sans traitement substitutif, ou, au contraire, son maintien sans aucune modification. L'arrêt du traitement par AAP réduit le risque de saignement périopératoire. En revanche, cette attitude ne permet pas d'assurer une protection optimale vis-à-vis du risque thromboembolique. Inversement, la poursuite du traitement par AAP, si elle garantit la prévention du risque thromboembolique, majore théoriquement le risque de saignement per et postopératoire.

L'objectif de ces recommandations est de définir une attitude cohérente et codifiée pour la prise en charge des patients traités sous AAP devant bénéficier de soins dentaires ou d'une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire.

Ces recommandations se limitent aux AAP prescrits au long cours, en ambulatoire. Elles concernent principalement l'aspirine et le clopidogrel. Les AAP utilisés en cardiologie interventionnelle, notamment les anti-GP IIb/IIIa, en sont exclus. Les patients ayant une pathologie cardiovasculaire non stabilisée ou possédant d'autres anomalies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase ne sont pas concernés par ces recommandations. Ces cas particuliers imposent une hospitalisation, une concertation pluridisciplinaire et une hémostase spécifique à chaque cas.

La prise d'aspirine à fortes doses représente un cas particulier qui est abordé séparément.

Ces recommandations s'adressent aux odontostomatologistes, aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes (cardiologues, neurologues, anesthésistes réanimateurs...).

Arrêt du traitement par AAP

Avant de pratiquer des soins dentaires ou une intervention chirurgicale chez des patients sous AAP, il semblait logique d'arrêter le traitement par AAP afin de limiter le risque de saignement per et/ou postopératoire. Cette attitude thérapeutique a une contrepartie : elle entraîne une absence de prévention du risque thromboembolique pendant une période minimum de 8 à 10 jours. Le risque thromboembolique lié à l'arrêt des AAP est très mal évalué.

Des études rétrospectives indiquent que l'arrêt des AAP, même pour une courte durée, est responsable d'une augmentation des événements athérotrombotiques (syndromes coronariens aigus, accidents vasculaires cérébraux, claudications...).

En odontostomatologie, le bénéfice escompté par l'arrêt des AAP semble mineur en regard de la gravité du risque de récurrence thromboembolique encouru.

1. L'arrêt du traitement par AAP avant des soins dentaires n'est pas justifié. **[Accord professionnel]**
2. L'arrêt du traitement par aspirine à faibles doses (doses comprises entre 75 et 325 mg. j⁻¹) avant une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire n'est pas justifié **[Grade B]**
3. L'arrêt du traitement par clopidogrel avant une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire n'est pas justifié. **[Accord professionnel]**

Poursuite du traitement par AAP

La poursuite du traitement par AAP, lors des soins dentaire ou d'une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire, permet de continuer la prévention du risque thromboembolique associé à la pathologie cardiovasculaire. En contrepartie, cette attitude thérapeutique expose à un risque hémorragique périopératoire théoriquement plus élevé. Malgré l'absence d'études cliniques pertinentes, le risque hémorragique sous AAP est considéré comme faible et de bon pronostic.

4. Les patients traités par AAP devant bénéficier de soins dentaires ou d'une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire ont un risque de saignement périopératoire potentiellement majoré mais qui n'est pas réhibitoire lorsque des mesures d'hémostase locale sont prises. Aussi la poursuite du traitement par AAP est recommandée. **[Grade C]**
5. L'évaluation préopératoire du patient doit être globale. Elle a pour objectif :
 - de rechercher et d'identifier, en dehors du maintien du traitement par AAP, les facteurs susceptibles de potentialiser le saignement ;
 - d'évaluer le risque médical ;
 - d'apprécier le degré d'autonomie et de coopération du patient. **[Grade A]**
6. Aucun examen biologique n'est actuellement suffisamment performant pour prédire le risque hémorragique lié à la prise d'un AAP. La prescription d'un temps de saignement (TS) en préopératoire est inutile. L'évaluation du risque de saignement repose donc essentiellement sur l'interrogatoire médical et l'examen clinique. **[Grade A]**
7. La prise de décision entre une prise en charge au cabinet dentaire ou en milieu hospitalier doit être guidée par le résultat de l'évaluation individuelle préopératoire des risques cardiovasculaires et hémorragiques propres à chaque patient. Le recours systématique à une prise en charge hospitalière n'est pas justifié. **[Accord professionnel]**
8. La poursuite du traitement par AAP ne contre-indique pas la réalisation d'une anesthésie locale (AL). L'anesthésie locorégionale (ALR) du nerf alvéolaire inférieur est déconseillée. Il est recommandé de pratiquer une ALR uniquement en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser une AL. Le choix d'une aiguille avec un diamètre externe maximum de 27 Gauge ou 0,40 mm, et une injection lente permettent de limiter le traumatisme tissulaire. **[Accord professionnel]**
9. La poursuite du traitement par AAP ne contre-indique pas la réalisation d'une anesthésie générale. L'intubation nasotrachéale est déconseillée en raison du risque plus élevé d'hémorragie nasale. **[Accord professionnel]**
10. La poursuite du traitement par AAP ne contre-indique pas la pratique de soins dentaires conservateurs (dentisterie restauratrice, endodontie, prothèse). Ils n'exigent aucune précaution particulière. **[Accord professionnel]**
11. La poursuite du traitement par AAP ne contre-indique pas la pratique de soins parodontaux non chirurgicaux. En cas de saignement postopératoire persistant, une compression locale pendant 10 minutes est recommandée. **[Accord professionnel]**
12. La poursuite du traitement par aspirine ne contre-indique pas la chirurgie buccale, parodontale ou implantaire. **[Recommandation de grade B]**
13. La poursuite du traitement par clopidogrel ne contre-indique pas la chirurgie buccale, parodontale ou implantaire. **[Accord professionnel]**
14. Une technique et une hémostase chirurgicales rigoureuses constituent des mesures préventives essentielles pour limiter le risque de complications hémorragiques périopératoires chez les patients sous AAP. Une suture des berges de la plaie opératoire et une compression locale sont indispensables. Le recours à des hémostatiques locaux résorbables est conseillé. **[Accord professionnel]**
15. La remise par écrit de conseils postopératoires et de consignes sur la conduite à tenir en cas de saignement postopératoire est recommandée. **[Accord professionnel]**
16. Une consultation de contrôle à 24–48 h ou un simple contact téléphonique est recommandé(e) afin de vérifier la bonne observance des conseils postopératoires. **[Accord professionnel]**
17. Les complications hémorragiques en cas de poursuite du traitement par AAP sont rares et le plus souvent de bon pronostic. Le traitement curatif d'une complication hémorragique post-opératoire repose principalement sur la reprise chirurgicale de l'hémostase et la surveillance clinique. En cas d'échec de la reprise de l'hémostase locale ou d'atteinte de l'état général du patient (détresse respiratoire, asthénie, hypotension...), un transfert en milieu hospitalier est recommandé. **[Grade C]**

Cas particuliers de l'aspirine à fortes doses

La prise d'aspirine à une dose totale journalière supérieure à 500 mg répond à des indications antalgique et/ou antipyrétique et/ou anti-inflammatoire. L'objectif thérapeutique n'est plus la prévention de complications thromboemboliques. Dès lors, l'arrêt de l'aspirine peut être envisagé sans risque, d'autant plus qu'il existe de nombreuses alternatives thérapeutiques à l'aspirine en tant qu'antalgique et/ou antipyrétique et/ou anti-inflammatoire.

18. Les soins dentaires conservateurs et les soins parodontaux non chirurgicaux ne sont pas contre-indiqués lors de la prise d'aspirine à fortes doses. **[Grade C]**
19. Pour la chirurgie buccale, parodontale ou implantaire, il est préférable d'arrêter le traitement par aspirine et de différer l'intervention à 5 jours si l'on tient compte de la compétence hémostatique ou à 10 jours si l'on souhaite que l'action de l'aspirine ait complètement disparu. **[Grade B]**
20. Dans un contexte d'urgence, si une intervention chirurgicale est impérative, elle peut être réalisée sans interruption préalable du traitement par aspirine à fortes doses. Pour la prévention des complications hémorragiques, on recommande la même attitude que celle adoptée pour les AAP. **[Grade C]**

Conclusion

Pendant de nombreuses années, afin de réduire le risque hémorragique, l'usage a fait interrompre le traitement par AAP

avant des soins dentaires ou une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire, cette attitude n'est plus acceptable.

En effet, des études récentes ont confirmé la survenue de complications thromboemboliques graves pendant la période postopératoire (1 à 3 semaines) vraisemblablement imputables à l'arrêt du traitement par AAP, et ceci même avec un relais par le flurbiprofène. A l'inverse, aucune étude n'a pu mettre en évidence un risque relatif plus élevé de complications hémorragiques lors de la poursuite du traitement par AAP.

Par conséquent, il est actuellement recommandé de ne pas interrompre le traitement par AAP avant de pratiquer des soins dentaires ou une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire, moyennant des précautions appropriées (hémostase chirurgicale, conseils et surveillance postopératoires adaptés). Enfin, le contrôle du risque hémorragique ne doit pas faire oublier les autres risques opératoires. Seule une évaluation globale du risque opératoire permet de garantir une prise en charge optimale du patient traité par AAP en odontostomatologie.