

Recommandations de la SFMBCB

Prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire

(Med Buccale Chir Buccale 2006;12:187-212)

Introduction

Les antivitamines K (AVK) sont fréquemment utilisées dans le traitement curatif ou préventif des accidents thromboemboliques artériels ou veineux avec comme complication majeure 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.

De nombreuses études récentes ont mis en évidence la possibilité de pratiquer les interventions de chirurgie bucco-dentaire sans interruption ou diminution de posologie des AVK à condition :

- De respecter un protocole opératoire strict et d'avoir un INR (International Normalized Ratio) stable inférieur à 4 ;
- D'utiliser systématiquement des moyens d'hémostase locale ;
- D'assurer impérativement la continuité des soins (le patient doit être en possession des coordonnées de son praticien ou du praticien d'astreinte).

L'arrêt des AVK avec l'instauration d'un relais par de l'héparine [héparine non fractionnée (HNF) ou héparines de bas poids moléculaire (HBPM)] avant, pendant et après l'intervention chirurgicale est une alternative. Ce choix peut être préféré dans les cas d'intervention à risque hémorragique élevé ou si le patient n'est pas coopérant.

Il est à noter que dans toute la littérature étudiée, aucune séquelle et aucun décès n'ont été retrouvés dans les cas où un saignement post-opératoire était observé chez des patients après une intervention de chirurgie bucco-dentaire sans modification de leur traitement par AVK. En revanche, des complications mortelles sont survenues après arrêt ou diminution de la posologie des AVK.

L'objectif de ces recommandations est de définir une attitude cohérente et codifiée pour la prise en charge des patients sous traitement AVK devant bénéficier d'une intervention de chirurgie bucco-dentaire.

Ces recommandations se limitent aux AVK prescrites au long cours, les patients ayant une pathologie cardiovasculaire non stabilisée et/ou possédant d'autres anomalies constitutionnelles ou induites de l'hémostase ainsi que les patients traités par l'association AVK/agents antiplaquettaires et ceux pris en charge en urgence ne sont pas concernés par ces recommandations. Ces cas particuliers imposent une hospitalisation, une concertation pluridisciplinaire et une hémostase spécifique à chaque cas.

Ces recommandations s'adressent aux odontologistes, aux stomatologistes, aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes (cardiologie, hématologie, anesthésie-réanimation, médecine interne, médecine vasculaire...).

Modalités de prise en charge d'un patient traité par AVK en chirurgie bucco-dentaire

1. Un contact préalable avec le médecin responsable du suivi du traitement par AVK du patient est indispensable. **[I C]**
2. L'arrêt systématique du traitement par AVK avant une intervention de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire n'est pas justifié. **[I A]**
3. La poursuite du traitement par AVK est recommandée pour les interventions de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire sauf en cas de risque médical associé, sous réserve de la coopération du patient et de la proximité d'une structure hospitalière capable de le prendre très rapidement en charge. **[I A]**
4. La valeur de l'INR doit être stable et inférieure à 4. **[I A]**
5. Un bilan biologique donnant au moins la valeur de l'INR est réalisé dans les 24 heures avant l'intervention chirurgicale. **[I A]**

6. Les techniques d'hémostase locale sont indispensables et systématiquement associées. **[I A]**
7. La continuité des soins doit être assurée. Tout patient traité par AVK ayant une complication hémorragique post-opératoire doit pouvoir contacter un praticien compétent dans la gestion de ce type de patients ou un service hospitalier d'odontologie ou de stomatologie d'astreinte. **[I C]**
8. La prise en charge de ce type de patients peut se faire en pratique de ville par des praticiens disposant du plateau technique nécessaire (moyens d'hémostase locale notamment), pour des patients dont l'INR est inférieur ou égal à 3 et pour des actes sans risque hémorragique ou à risque hémorragique modéré. **[I C]**
9. Une prise en charge hospitalière est recommandée si l'INR est supérieur à 3 et/ou si le risque hémorragique est élevé et/ou s'il existe un risque médical associé (notamment un patient traité par l'association AVK / agents antiplaquet-taires). **[I C]**
10. 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 possible mais doit rester exceptionnelle. **[II B]**
11. 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. **[I C]**
12. Dans les cas d'avulsions dentaires, la mise en place d'un matériau hémostatique résorbable intra-alvéolaire doit être systématique. Toute plaie intrabuccale doit être suturée. Les fils de suture peuvent être résorbables ou non. Les points doivent être unitaires. Dans les cas d'interventions chirurgicales hémorragiques, l'utilisation de colle biologique et/ou d'agent antifibrinolytique est recommandée. Une compression locale doit être mise en place immédiatement en post-opératoire pendant au moins 10 minutes. **[I C]**
13. L'antibioprophylaxie est obligatoire lorsque la prévention de l'endocardite infectieuse est recommandée. **[I A]**

Prévention des risques hémorragiques

14. Le contrôle de la douleur se fera par l'utilisation de paracétamol en première intention. L'acide acétylsalicylique est contre-indiqué. Les dérivés opiacés peuvent être prescrits (antalgiques de niveaux 2 ou 3). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne doivent pas être utilisés à visée antalgique. **[I A]**
Si une prescription anti-inflammatoire se révèle nécessaire, les corticoïdes 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 **[I A]**
La prescription d'une antibioprophylaxie pour la prévention de l'endocardite infectieuse n'interagit pas avec l'hémostase et doit suivre les règles habituelles. **[I B]**
La prescription de miconazole chez des patients traités par AVK est formellement contre-indiquée. **[I A]**
Toute autre prescription doit faire rechercher une éventuelle interaction avec les AVK.

Traitement des complications hémorragiques post-opératoires

15. En cas d'hémorragie post-opératoire, la règle est la reprise chirurgicale. Après anesthésie locale, la plaie est réouverte et vérifiée, les procédures d'hémostase locale sont ensuite reprises. **[I C]**
Les conseils post-opératoires sont renouvelés.
16. Une exploration de l'hémostase comprenant la mesure de l'INR et la numération plaquettaire doit être réalisée. **[I C]**
17. Dans le cas où le saignement persiste malgré la reprise de l'hémostase, le patient doit être hospitalisé. **[I C]**