



Recommandations régionales de l'association

**Tunisian Advanced health Care Association  
for Dental and Medical Interaction**

**Prise en charge  
bucco-dentaire  
des patients sous  
anti-agrégants  
plaquettaires (AAP)**

**2015**

En collaboration avec :



# Sommaire

Composition des groupes de travail .....	02
Méthodologie de travail .....	03
Abréviations.....	04
Recommandations.....	05
Argumentaires.....	10
Bibliographie.....	18

# 01 Composition des groupes de travail

## Groupe de travail

Dr Abdelmaksoud Mohamed Ali..... (Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Elloumi Asma.....(Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Guedri Leila.....(Médecin dentiste, Santé publique) Rapporteur  
 Dr Hamza Chiheb.....(Cardiologue, AHU) Modérateur  
 Dr Kammoun Emna.....(Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Rekik Noomen.....(Cardiologue, Santé publique)  
 Dr Saadaoui Nizar..... (Cardiologue, libéral)

## Groupe de lecture

Dr Amemi Alaeddine..... (Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Chaabouni Nadia.....(Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Chaari Rym.....(Médecin dentiste, libéral) Rapporteur  
 Dr Maalej Abdelkader.....(Cardiologue, AHU)  
 Dr Triki Faten.....(Cardiologue, AHU) Modérateur

## Comité de synthèse

Dr Abid Dorra.....(Cardiologue, Pr. Ag HU)  
 Dr Abid Leila.....(Cardiologue, Pr Ag HU)  
 Dr Chaari Rym.....(Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Ennouri Ridha.....(Cardiologue, libéral)  
 Dr Hachicha Ines..... (Médecin dentiste spécialiste en MCB, Santé publique)  
 Dr Hammami Rania.....(Cardiologue, AHU)  
 Dr Ghorbel Walid.....(Médecin dentiste, Pr Ag. HU)  
 Dr Guedri Leila.....(Médecin dentiste, Santé publique)  
 Dr Jallouli Nouha.....(Médecin dentiste, libéral)  
 Dr Kammoun Samir.....(Cardiologue, Pr.HU)  
 Dr Maazoun Yamen.....(Cardiologue, libéral)  
 Dr Masmoudi Latifa..... (Médecin dentiste principal, Santé publique)  
 Dr Triki Faten.....(Cardiologue, AHU)

# 02 Méthodologie de travail

## Objectif :

Malgré le fait que l'attitude internationale actuelle tend vers le non arrêt des AAP avant les soins dentaires, le protocole de prise en charge bucco-dentaire des patients sous AAP en Tunisie et particulièrement à la région de Sfax n'est pas codifié et certains professionnels de la santé continuent à exiger l'arrêt des AAP avant une procédure bucco-dentaire sanglante bien que le risque thromboembolique est réel.



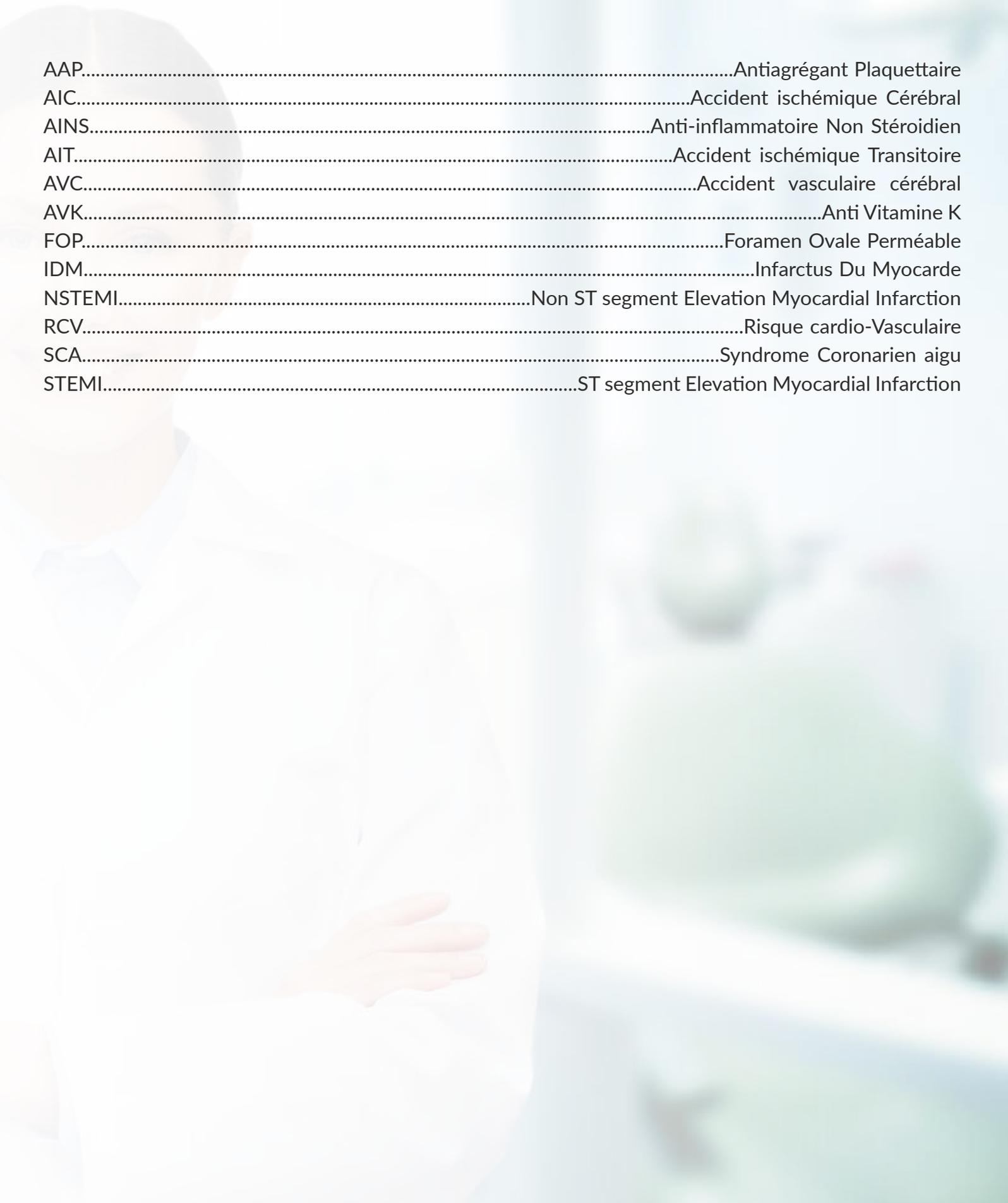
Ceci a amené TUNISIAN ACADMI, l'amicale des médecins et chirurgiens cardiovasculaires de Sfax, le service de cardiologie et le service de médecine dentaire au CHU Hédi Cheker de Sfax à réviser et mettre à jour le protocole de prise en charge des patients sous AAP en odontostomatologie en se référant aux données actuelles de la science et à la situation sanitaire tunisienne. Le but de ce travail est de définir une attitude cohérente et codifiée pour la prise en charge des patients sous AAP devant bénéficier de soins dentaires.

## Choix des participants et méthodologie :

Un appel à candidature pour faire partie de groupes de travail sur le thème «Prise en charge bucco-dentaire des patients sous AAP » 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 une ébauche de recommandations régionales en ce qui concerne la prise en charge des patients sous AAP en odontostomatologie.
- un groupe de lecture, indépendant du 1er groupe et en se référant aux recommandations internationales récentes, a discuté l'ébauche des recommandations régionales élaborées 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 le comité de synthèse.



AAP.....	Antiagrégant Plaquettaire
AIC.....	Accident ischémique Cérébral
AINS.....	Anti-inflammatoire Non Stéroïdien
AIT.....	Accident ischémique Transitoire
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
AVK.....	Anti Vitamine K
FOP.....	Foramen Ovale Perméable
IDM.....	Infarctus Du Myocarde
NSTEMI.....	Non ST segment Elevation Myocardial Infarction
RCV.....	Risque cardio-Vasculaire
SCA.....	Syndrome Coronarien aigu
STEMI.....	ST segment Elevation Myocardial Infarction

### 1-Ces recommandations concernent qui ?

- Ces recommandations concernent les patients sous AAP (Tableau 1) pour une prévention primaire ou secondaire (Tableau 2)

Les patients traités en neurologie peuvent être concernés par ces recommandations.

Les patients non concernés par ces recommandations sont ceux :

- ▶ Sous des AAP utilisés en cardiologie interventionnelle, notamment les anti-GP IIb/IIIa, en sont exclus
- ▶ ayant une pathologie cardiovasculaire non stabilisée ou ayant d'autres anomalies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase

Ces cas particuliers imposent une concertation pluridisciplinaire et une prise en charge au cas par cas.

- Ces recommandations s'adressent aux Médecins dentistes et aux Cardiologues.

Ces recommandations peuvent être utile pour les médecins généralistes et pour les autres médecins spécialistes (neurologues, anesthésistes réanimateurs,...)

**Tableau 1 : Liste des AAP commercialisés en Tunisie**

DCI	Nom de spécialité
Acide acétylsalicylique	Aspirine 500mg
Acetylsalicylate de lysine	Aspegic 100mg, 200mg, 500mg Kardegic 160mg
Clopidogrel	Plavix 75mg Clopix 75mg Pidogrel 75mg Plagrel 75mg Pedovex 75mg Copigrel 75mg Clopidogrel Pfizer 75 mg Agregex 75mg

Tableau 2 : Indication des AAP en cardiologie

Prévention primaire	Prévention secondaire	Autres indications
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Patient diabétique à haut risque cardio-vasculaire</li> <li>▶ Sténose carotidienne asymptomatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maladie coronarienne</li> <li>▶ Maladie coronarienne stable</li> <li>▶ Post-IDM durant l'année suivant un infarctus du myocarde</li> <li>▶ Après angioplastie coronaire</li> <li>▶ Après pontage aorto-coronarien</li> <li>● AVC ou AIT ou angioplastie carotidienne ou endartérectomie carotidienne</li> <li>● Artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique (AOMI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cardiopathies emboligènes</li> <li>▶ Troubles du rythme supraventriculaires</li> <li>▶ Foramen ovale perméable (FOP) et AVC – AIT</li> <li>▶ Après remplacement valvulaire par bioprothèse, chirurgicale ou percutanée, ou annuloplastie mitrale en rythme sinusal</li> <li>● Autres maladies prothrombotiques non athéromateuses</li> <li>▶ Vascularites</li> <li>▶ Syndrome des antiphospholipides (SAPL)</li> </ul>

## 2-Message principal :

La poursuite du traitement par AAP devant une procédure de chirurgie buccale, parodontale ou implantaire est recommandée et nécessite un protocole d'hémostase rigoureux (Tableau 3) et un suivi post opératoire (Tableau 4)

Tableau 3 : Protocole de prise en charge buccodentaire des patients sous AAP sans arrêt du traitement

AAP	Lieu de prise en charge	Protocole d'hémostase
Un seul AAP	Pratique de ville ou milieu hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sutures des berges de la plaie et compression locale de 10 min au minimum</li> <li>-hémostatiques locaux résorbables conseillés</li> </ul>
Association de deux AAP	Milieu hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hémostatiques locaux résorbables + sutures des berges de la plaie et compression locale de 10 min au minimum</li> </ul>

### 3- Evaluation du risque hémorragique :

Aucun examen biologique de routine ne peut actuellement prédire le risque hémorragique lié à la prise d'AAP.

Seule une évaluation préopératoire globale du patient permet d'orienter le praticien vers un risque hémorragique majoré.

### 4-Lieu de prise en charge :

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 du cas. Le recours systématique à une prise en charge hospitalière n'est pas justifié.

### 5-Traitement d'une complication hémorragique :

Le traitement curatif d'une complication hémorragique postopératoire repose principalement sur la reprise chirurgicale de l'hémostase et la surveillance clinique. En cas d'échec ou d'atteinte de l'état général du patient, un transfert en milieu hospitalier est recommandé.

### 6- Association de deux AAP

L'intervention à risque hémorragique du médecin dentiste doit être reportée pendant la période de l'association :

- ▶ 1 mois si stent nu
- ▶ 6 à 12 mois si stent actif
- ▶ 12 mois si syndrome coronarien aigu (Tableau 5)

Si urgence, l'acte doit être programmé dans un milieu hospitalier, sans arrêt des AAP avec un protocole d'hémostase rigoureux (Tableau 3)

### 7- La prise d'aspirine à une dose supérieure à 500mg

Elle répond à des indications antalgiques et/ou antipyrétique et/ou anti-inflammatoire. L'arrêt de l'aspirine peut être envisagé sans risque 3 à 5 jours avant l'intervention.

### 8- En cas d'association d'AVK et AAP

L'intervention dentaire à risque hémorragique doit être reportée pendant la période inextensible de l'association (cette période est précisée par le cardiologue). Si urgence, l'acte doit être programmé dans un milieu hospitalier.

**Tableau 4 : 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

**Tableau 5 : Durée de traitement antiagrégant plaquettaire (monothérapie et bithérapie) chez un patient coronarien**

Type de pathologie	Type de traitement	Durée
Patient coronarien	Monothérapie : par aspirine ou clopidogrel	Indéfiniment
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Aspirine + clopidogrel	12 mois, puis décision au cas par cas de la poursuite de la bithérapie ou d'une monothérapie par aspirine
Syndrome coronarien aigu dilaté	Aspirine + clopidogrel	12 mois, puis décision au cas par cas de la poursuite de la bithérapie ou d'une monothérapie par aspirine
Stent actif (hors SCA)	Aspirine + clopidogrel	6 à 12 mois, puis décision au cas par cas de la poursuite de la bithérapie ou d'une monothérapie par aspirine
Stent nu (hors SCA)	Aspirine + clopidogrel	4 à 6 semaines, puis décision au cas par cas de la poursuite de la bithérapie ou d'une monothérapie par aspirine

L'élargissement des indications des AAP est dû à plusieurs facteurs tels que vieillissement de la population, facteurs environnementaux défavorables, tabac, hypercholestérolémie, HTA, sédentarité...

De ce fait, la question de la poursuite ou non du traitement par AAP concerne aujourd'hui un nombre important et croissant de patients.

Si l'arrêt des AAP limite le risque hémorragique, cette attitude thérapeutique expose à une augmentation du risque thromboembolique. Inversement, la poursuite du traitement par AAP, en dépit d'un risque hémorragique majoré, limite le risque de récurrence de thrombose.

### Quelles sont les indications de prescription des AAP en cardiologie ?

La prescription d'un traitement antiagrégant plaquettaire est individualisée sur la base des facteurs de risque et des caractéristiques cliniques des patients, ainsi que des propriétés pharmacologiques, des indications respectives et de la tolérance des agents antiplaquettaires.

#### 1-Indication des AAP en prévention primaire :

##### 1.1 Patient diabétique à haut risque cardio-vasculaire

En prévention primaire, une faible dose d'aspirine (75-160 mg/j) est envisageable chez les diabétiques à risque cardio-vasculaire (RCV) élevé et qui n'ont pas de risque élevé de saignement (pas d'antécédent d'hémorragie gastro-intestinale, pas d'ulcère digestif, pas d'utilisation concomitante de médicaments susceptibles d'induire un saignement tels que les AINS ou les AVK).

Les diabétiques à risque cardio-vasculaire élevé sont:

- ▶ ceux ayant une microalbuminurie confirmée ou une protéinurie ou une maladie coronaire silencieuse documentée
- ▶ ceux ayant au moins deux facteurs de risque parmi les suivants :
  - âge > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes ou durée de diabète > 10 ans dans les deux sexes, hypertension artérielle, tabagisme, dyslipidémie, antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire précoce
  - ceux ayant un RCV fatal > 5 % à 10 ans, si un score de risque est utilisé

##### 1.2 Athérome carotidien infraclinique

La découverte d'une plaque carotidienne lors d'un dépistage systématique ne conduit pas à la prescription d'un antiplaquettaire, sauf chez le patient à haut risque cardio-vasculaire.

En cas de sténose carotidienne asymptomatique, l'aspirine (75-325 mg/j) pourrait réduire le risque d'événement vasculaire.

## 2-Indication des AAP en prévention secondaire

### 2.1 Maladie coronarienne

- ▶ Maladie coronarienne stable
- ▶ Post-IDM durant l'année suivant un infarctus du myocarde
- ▶ Après revascularisation
- ▶ Après pontage aorto-coronarien

### 2.2 Troncs supra-aortiques et artères intracrâniennes

- ▶ Prévention à long terme des événements vasculaires dans les suites d'un infarctus cérébral ou
- ▶ AIT non cardio-emboliques (athérome, lacune et étiologie indéterminée)
- ▶ Après une thérapeutique interventionnelle angioplastie carotidienne ou endartériectomie carotidienne

### 2.3 Artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique (AOMI)

## 3- Cardiopathies emboligènes :

### 3.1 Troubles du rythme supraventriculaires

L'aspirine (75/325- mg/j) seule est recommandée en présence d'une contre-indication formelle aux anticoagulants.

### 3.2 Foramen ovale perméable (FOP) et AVC – AIT

- ▶ En cas de FOP non fermé : un traitement antiplaquettaire est recommandé uniquement en post AVC-AIT
- ▶ Après traitement interventionnel d'un FOP : dans les suites de la fermeture d'un FOP (post-AVC ou AIT)

### 3.3 Après remplacement valvulaire par bioprothèse, chirurgicale ou percutanée, ou annuloplastie mitrale en rythme sinusal

## 4- Autres maladies prothrombotiques non athéromateuses

### 4.1 Vascularites

L'aspirine est souvent utilisée aux doses habituelles au long cours dans la maladie de Behcet et en cas de maladie de Kawasaki compliquée d'anomalies coronariennes.

## 4.2 Syndrome des antiphospholipides (SAPL)

Compte tenu de sa faible toxicité, l'aspirine est recommandée en prévention primaire. Ceci ne se justifie que pour les anticorps retrouvés de façon constante à un taux significatif chez les adultes.

En prévention secondaire, le traitement de première intention est une anticoagulation efficace par AVK.

### Pourquoi ne plus arrêter les AAP avant un acte de chirurgie orale ?

La poursuite du traitement par AAP avant une intervention chirurgicale permet d'assurer la prévention du risque thromboembolique associé à la pathologie cardiovasculaire mais majore le risque de saignement per et postopératoire.

- Des études rétrospectives sur des patients traités par AAP au long cours pour une insuffisance coronaire parfaitement stable ont noté la survenue d'un accident coronarien (IDM,...) en rapport avec un arrêt du traitement dans un délai qui varie de 10 jours à un mois. En fait, un phénomène de rebond de l'activité plaquettaire qui suit l'arrêt des AAP peut majorer le risque thrombotique.

Des études similaires ont noté l'augmentation du risque d'AIC suite à l'arrêt des AAP.

D'autres études scientifiques montre que le risque de décès est 2 fois plus élevé chez les patients ayant interrompu le traitement par AAP que chez ceux qui l'ont poursuivi.

- Le risque hémorragique suite à la poursuite du traitement AAP se limite souvent à des suintements locaux, persistants, ou bien à des ecchymoses plus inesthétiques que graves.

En conséquence, il est recommandé de ne pas arrêter les AAP avant des soins dentaires ou chirurgicaux (buccale, parodontale ou implantaire).

Cette recommandation exige le respect de l'ensemble des mesures préventives (hémostase locale, surveillance et conseils postopératoires).

### Comment évaluer le risque hémorragique ?

L'évaluation préopératoire du patient doit être globale afin d'identifier les facteurs susceptibles de potentialiser le saignement, d'évaluer le risque médical et d'apprécier le degré d'autonomie et de coopération du patient.

- **Identification des autres facteurs de risque hémorragique à part l'AAP**

En dehors du maintien du traitement par AAP d'autres facteurs peuvent favoriser la survenue de complications hémorragiques à savoir :

**Facteurs locaux :** une inflammation locale, une infection préexistante, un décollement de la muqueuse linguale, une intervention chirurgicale à risque hémorragique (extractions multiple, implant dans la région symphysaire, avulsion de dent de sagesse).

**Facteurs généraux :** troubles de l'hémostase, d'interactions médicamenteuses potentiellement hémorragiques (association de deux AAP, association d'un AAP à un anticoagulant, association d'un AAP à un AINS).

**Autres :** une expérience chirurgicale insuffisante du praticien...

Il est important de rappeler que l'appréciation des facteurs de risque repose sur la réalisation d'un interrogatoire médical et d'un examen clinique préopératoires minutieux. Le cumul de plusieurs facteurs de risque hémorragique peut mener à une situation clinique à haut risque de saignement peropératoire qui privilégie une prise en charge hospitalière.

- **Place des examens biologiques**

Les principaux tests biologiques susceptibles d'évaluer le retentissement des AAP sur l'hémostase sont :  
**TS : temps de saignement :** Il existe une importante variabilité de la sensibilité individuelle à l'aspirine.

Pour la prédiction du risque hémorragique, le TS ne permet pas d'identifier les patients à risque hémorragique. Un allongement du TS n'est pas forcément associé à une augmentation du risque hémorragique. Seul un allongement du TS au-delà de 20min semblerait être associé à une fréquence plus élevée de saignement peropératoire. A l'inverse, un TS normal ne permet pas d'exclure la possibilité d'une complication hémorragique et risque d'induire une fausse sécurité. L'ensemble des études montre que le TS possède une faible valeur prédictive positive et négative en tant qu'examen biologique de dépistage du risque hémorragique opératoire chez les patients sous AAP.

#### **L'étude des fonctions plaquettaires par agrégamétrie ou par cytométrie de flux (PFA)**

Ils sont réalisés dans des laboratoires spécialisés (ne peuvent donc être utilisés comme tests systématiques de routine).

A l'heure actuelle, il n'existe pas de test biologique validé en routine pour la prédiction du risque hémorragique. Le TS n'apporte aucune information pronostique. Sa prescription préopératoire est donc inutile.

De ce fait, l'évaluation précise du risque hémorragique repose principalement sur l'interrogatoire médical et l'examen clinique.

## Comment évaluer le risque thrombotique ?

La prise en charge d'un patient traité par AAP devant bénéficier de soins dentaires ou chirurgicaux ne doit évidemment pas se limiter à la seule évaluation du risque de saignement peropératoire associé.

Il est donc indispensable de connaître précisément l'état de santé cardiovasculaire du patient et les autres pathologies associées. Le médecin traitant (médecin généraliste, cardiologue) doit être consulté en cas d'incertitude sur la sévérité des pathologies présentes.

Concernant plus précisément le risque de récurrence thromboembolique chez le patient coronarien porteur d'une endoprothèse (stent) coronaire, il peut être classé en deux niveaux selon la date de pose du stent, sa nature (nu ou actif) :

### Risque majeur :

- ▶ Tout type de stent posé il y a moins de 6 semaines ;
- ▶ Stent actif posé il y a moins de 6 à 12 mois ;
- ▶ Syndrome coronarien aigu (STEMI ou NSTEMI) datant de moins de 4 semaines.

### Risque moindre :

- ▶ Stent nu au-delà de 4 semaines après la pose
- ▶ Stent actif au-delà de 6 à 12 mois après la pose
- ▶ Syndrome coronarien aigu (STEMI ou NSTEMI) datant de 6 semaines à 1 an.

### Facteurs liés au terrain :

Contexte de l'angioplastie dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST, altération de la fonction ventriculaire gauche, présence d'un diabète, insuffisance rénale, néoplasie évolutive ou antécédent de thrombose de stent.

### Facteurs liés à la procédure :

Plusieurs vaisseaux stentés, long segment stenté (50 mm), tronc commun, petit calibre du stent (2,5 mm), présence de calcification, utilisation de stent actif en dehors des indications reconnues, bifurcation, présence d'un stent sous-dimensionné.

### Facteurs pharmacogénétiques :

Portage du variant CYP2C19\*2 à l'état hétérozygote ou homozygote (l'augmentation du risque de thrombose de stent chez les patients porteurs de cette mutation estimée par l'odds ratio se situe entre 2 et 3).

Il est préférable que la prise en charge de ces patients à risque thrombotique élevé soit dans une structure hospitalière. Il est recommandé d'éviter tant que possible les actes bucco-dentaires à risque hémorragique chez ces patients. Au cas échéant, il est fortement conseillé d'éviter le stress au patient, les séances longues et d'ajuster les doses d'anesthésiques avec vasoconstricteurs selon la pathologie cardio-vasculaire.

### Conduite à tenir : une prévention, une hémostase et un suivi postopératoire

**La prévention** du saignement pendant la période opératoire repose sur l'application de mesures préventives générales non spécifiques aux patients sous AAP et sur une hémostase chirurgicale adaptée. Ainsi, il est préconisé de réaliser des soins parodontaux non chirurgicaux avant toute intervention chirurgicale, si l'état parodontal le nécessite, afin de diminuer le plus possible l'état inflammatoire préopératoire.

Lors de l'intervention chirurgicale, l'élimination de tout le tissu inflammatoire est impérative. Le curetage des alvéoles dentaires doit être soigneux et l'exérèse de la gencive hyperplasique est indiquée. A côté de ces précautions indispensables, la réalisation d'une hémostase chirurgicale est recommandée.

**L'hémostase chirurgicale** est une procédure obligatoire 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.

A noter que l'acide tranexamique, dans cette indication de réduction du risque de saignement lié aux AAP après intervention de chirurgie n'a jamais été évalué.

**Le suivi postopératoire** est une étape importante de la prise en charge des patients sous AAP. Elle comporte une surveillance, des conseils et des consignes précises sur la conduite à tenir lors d'un saignement postopératoire.

Il doit être adapté à chaque patient, à son niveau de compréhension et à l'organisation des structures d'urgence dans une région donnée.

Un modèle d'informations et de conseils postopératoires, pouvant être remis au patient en fin d'intervention.

La période postopératoire précoce (3 premiers jours) est la période qui compte le plus de risque de saignement postopératoire. Une surveillance à 24 ou 48h ou un simple contact téléphonique sont souhaitables afin de vérifier la bonne observance des conseils postopératoires.

L'anesthésie loco-régionale du nerf alvéolaire inférieur est déconseillée. Il n'est recommandé de réaliser une anesthésie tronculaire qu'en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser une AL.

### Choix de la structure de prise en charge : en ville ou en milieu hospitalier ?

Dans la plupart des cas, le médecin dentiste peut réaliser les soins dentaires et chirurgicaux en ambulatoire au cabinet dentaire. Cependant, une prise en charge en milieu hospitalier est recommandée pour :

- ▶ Les patients qui bénéficient de l'association (aspirine+clopidogrel), chez ces patients, hormis un risque de saignement plus élevé, c'est le risque cardiovasculaire qui prédomine.
- ▶ Les patients ayant une pathologie cardio-vasculaire sévère ou non stabilisée
- ▶ Les patients qui présentent un état de santé altéré
- ▶ Les patients qui présentent après évaluation clinique, un risque hémorragique majoré à part la prise d'AAP.

La stratification du risque opératoire repose essentiellement sur l'interrogatoire médical et l'examen clinique et le contact avec le médecin traitant. L'identification d'un patient à haut risque (chirurgical / médical) doit inciter le praticien à intervenir en milieu hospitalier.

### Comment traiter une complication hémorragique postopératoire ?

Il est exceptionnel qu'un patient soit adressé aux urgences pour un saignement directement lié à la prise d'AAP après une intervention de chirurgie buccale.

Une lecture de la littérature révèle une prévalence des complications hémorragiques postextractionnelles, tout facteur de risque confondu, située entre 0,2 et 2,3%. Elle rapporte seulement deux cas de complications hémorragiques graves chez des patients sous AAP après une intervention de chirurgie buccale.

Ces complications sont le plus souvent d'origine locale et de bon pronostic.

Une mauvaise technique chirurgicale, l'absence d'une hémostase chirurgicale adaptée et le non-respect des conseils postopératoires constituent les causes les plus fréquentes d'hémorragie postopératoire. Le traitement curatif d'une hémorragie postopératoire repose essentiellement sur une reprise chirurgicale de l'hémostase locale (anesthésie avec vasoconstricteur, curetage appuyé, hémostatique local, sutures, compression et consignes postopératoires) et une surveillance clinique.

En cas d'échec de la reprise de l'hémostase locale ou d'atteinte de l'état physique du patient, un transfert en milieu hospitalier est recommandé.

## Conduite à tenir devant l'association de deux AAP :

### ● Indication

Cette association est de plus en plus prescrite. Elle est récente, concerne deux voies différentes d'activation plaquettaire.

Recommandée chez les patients coronariens après un syndrome coronarien aigu, sans sus-décalage de ST, avec ou sans angioplastie avec pose de stent, avec ou sans pontage aorto-coronaire. Cette association réduit de façon significative le risque d'événement ischémique qui est maximal la première année

### ● Conduite à tenir

L'intervention à risque hémorragique du médecin dentiste doit être reportée pendant la période de l'association :

- ▶ 1 mois si stent nu
- ▶ 6 à 12 mois si stent actif
- ▶ 12 mois si syndrome coronarien aigu

Si urgence, l'acte doit être programmé dans un milieu hospitalier, sans arrêt des AAP avec un protocole d'hémostase rigoureux. L'utilisation d'hémostatiques locaux et une prise en charge hospitalière sont recommandées.

## Cas particuliers de l'aspirine à fortes doses :

La prise d'aspirine à une dose totale supérieure à 500 mg/j répond à des indications antalgiques et/ou antipyrétiques et/ou anti-inflammatoires.

Dans ces situations cliniques, 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.

La littérature ne rapporte qu'un seul cas d'hémorragie sévère, difficilement contrôlable, associée à la prise d'aspirine à fortes doses (existence de nombreux facteurs de risque hémorragiques locaux).

Au total, les soins dentaires conservateurs ne sont pas contre-indiqués lors de la prise d'aspirine à fortes doses. En cas d'intervention chirurgicale programmée, il est préférable d'interrompre le traitement par aspirine à fortes doses 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 des AAP ait complètement disparu.

Dans un contexte d'urgence, si une intervention de chirurgie buccale ou parodontale est impérative, elle peut être réalisée sans interruption préalable du traitement par aspirine à fortes doses. En ce qui concerne la prévention du saignement postopératoire, la même attitude que celle adoptée pour les AAP est préconisée.

### **Conclusion :**

L'interruption du traitement par AAP avant les soins dentaires ou une intervention chirurgicale, parodontale ou implantaire n'est plus acceptable vue la survenue de complications thromboemboliques graves pendant la période postopératoire (entre 1 à 3 semaines) vraisemblablement imputables à l'arrêt du traitement par AAP. A l'inverse, aucune étude n'a pu mettre en évidence un risque relatif plus élevé de complication hémorragique lors de la poursuite du traitement par AAP.

- 1-Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie. Recommandations. MBCB 2005 ; 11,2 : 55-76
- 2-ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European Heart Journal 2014
- 3-Bon usage des agents antiplaquettaires. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Juin 2012