

Titre : HÉMORRAGIE AU CABINET DENTAIRE

**Sous-titre : De la Prévention à l'Intervention :
Un Guide Complet pour le Praticien**

Auteur : Dr S. BELLAHDID, Réanimation médicale CHU Mustapha



L'Urgence Hémorragique : Un Défi Fréquent

Les actes sanglants font partie de la pratique courante du médecin dentiste, faisant de l'hémorragie une **urgence fréquente et réelle** qui nécessite une prise en charge rapide et structurée.

Nos Objectifs Pédagogiques :

- 1. DÉTECTOR** les patients à risque hémorragique avant toute intervention.
- 2. FAIRE FACE** à une hémorragie survenant pendant les soins.
- 3. PRENDRE EN CHARGE** en urgence un patient présentant une hémorragie post-opératoire.



Identifier les Interventions à Risque : Les Extractions

Certains actes chirurgicaux présentent un risque hémorragique intrinsèquement plus élevé. Une vigilance particulière est requise pour :

-  L'avulsion de plus de trois dents ou dans différents quadrants (**Q4**).
-  L'avulsion en zone inflammatoire (**Q3, Q4, Q6**).
-  L'avulsion de dents incluses.
-  L'avulsion de dents avec un parodonte amoindri (maladies parodontales), où l'inflammation est un facteur aggravant.



Identifier les Interventions à Risque : Chirurgie Complexé

Le risque s'étend au-delà des simples extractions :

- Chirurgie parodontale (**Q3, Q4**).
- Greffe gingivale avec prélèvement palatin (**Q3, Q6**).
- Désinclusion avec traction chirurgico-orthodontique.
- Énucléations kystiques et chirurgie apicale (pour lésions > 2cm) (**Q4**).
- Biopsie, élévation de sinus.
- Implants multiples (**Q3, Q6**).
- Chirurgie des tissus mous (ex: lithiase salivaire) (**Q6**).

Actes Formellement Contre-Indiqués en Cas de Risque Élevé

Pour la sécurité du patient, certains gestes doivent être évités si le risque hémorragique n'est pas maîtrisé :

- 1. Anesthésie locorégionale du nerf alvéolaire inférieur** : Fortement déconseillée en raison du risque d'hématome disséquant.
- 2. Plateau technique insuffisant** : Contre-indique toute chirurgie à risque. Le praticien doit connaître ses limites.
- 3. Greffe gingivale libre** : Acte à haut potentiel hémorragique.



Diagnostic (1/4) : L'Interrogatoire, Votre Meilleur Outil

L'anamnèse est le test le plus fiable pour évaluer le risque hémorragique.

ÂGE & SEXE :

- **Jeune** : Oriente vers une pathologie constitutionnelle (ex: hémophilie).
- **Âgé** : Oriente vers une pathologie acquise.
- **Sexe féminin** : Permet d'exclure une hémophilie.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

- Hypertension artérielle.
- **Atteinte hépatique** (hépatite, cirrhose) : déficit en facteurs de coagulation (Q9, Q12).
- Chimiothérapie (leucémies).
- **Hémopathies** (anémies, thrombopénies) (Q9, Q12).
- Insuffisance rénale (thrombopathie).



Diagnostic (2/4) : Médicaments & Antécédents Chirurgicaux

TRAITEMENTS EN COURS :

- Aspirine, AINS : Inactivation irréversible des plaquettes.
- Anticoagulants : Anti-vitamine K (Sintrom), antiagrégants plaquettaires.
- (La prise médicamenteuse est une cause générale indirecte)
(Q11).

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

Rechercher systématiquement des incidents hémorragiques lors d'interventions antérieures :

- Avulsions dentaires.
- Amygdalectomies.
- Ablation des végétations.

Diagnostic (3/4) : L'Examen Clinique



Examen de la cavité buccale :

- **Purpura pétéchial** : Évocateur d'une thrombopénie ou thrombopathie.
- **Gingivorragies** : Spontanées ou provoquées.
- **Hématomes et ecchymoses** : Retrouvés en cas de thrombopénie.

Manifestations générales :

- **Épistaxis** (saignement de nez), surtout bilatéral.
- **Hématomes** sans traumatisme évident.



Diagnostic (4/4) : Les Examens Complémentaires

1. BILAN D'HÉMOSTASE : Indispensable en cas de suspicion (Q2, Q8, Q10).

NFS (Numération Formule Sanguine) :

Calcule le taux de plaquettes. Norme : 150 000 - 400 000/ μ L. Thrombopénie si < 150 000. (Q5, Q8, Q10).

TP (Taux de Prothrombine) : Mesure la vitesse de coagulation. Norme : 80-100%. (Q5, Q7, Q8, Q10).

INR : Norme : 0,8 - 1,2. (Q8, Q10).

TCA (Temps de Céphaline Activée) :

Norme : 30 - 40s. (Q8, Q10).

2. BILAN RADIOLOGIQUE (Panoramique, Rétro-alvéolaire) :

Recherche une cause locale : fracture de l'alvéole, apex fracturé, lésion non curetée. (Q9, Q12).

Étiologies : Comprendre l'Origine du Saignement

CAUSES GÉNÉRALES DIRECTES	CAUSES GÉNÉRALES INDIRECTES	CAUSES LOCALES
<ul style="list-style-type: none">• Affections hématologiques (Anémies, Thrombopénies) (Q9, Q12)• Déficit en Vitamine K (Q9)• Anomalies vasculaires	<ul style="list-style-type: none">• Prise médicamenteuse (AINS, Aspirine, Anticoagulants) (Q11)• Pathologies hépatiques (cirrhose, hépatite) (Q9, Q12)• Éthylisme	<ul style="list-style-type: none">• Intervention en zone inflammatoire (Q9, Q12)• Causes iatrogènes (fracture osseuse, déchirure) (Q9, Q11, Q12)• Granulome non cureté, perturbation du caillot



Traitements (1/3) : Principes Généraux de la Prise en Charge



- **Position du patient** : Assise, pour éviter l'inhalation de sang et diminuer la pression.



- **Rassurer le patient** : Expliquer les étapes pour diminuer l'anxiété.



- **Hémostatiques systémiques** (si nécessaire) :

- Acide tranexamique (Exacyl®) : anti-fibrinolytique qui stabilise le caillot.



- **Traitements de la cause** :

- Apport de Vitamine K si déficit.
 - Arrêt de l'Aspégic (en accord avec le médecin traitant).

Traitemen~~t~~ (2/3) : Le Protocole d'Urgence Étape par Étape

1

1. **Nettoyer** : Rincer la bouche pour évaluer l'abondance du saignement.

2

2. **Anesthésier** : Refaire une anesthésie locale AVEC vasoconstricteur (en absence de CI) (Q8).

3

3. **Réviser l'alvéole** :

- Nettoyer minutieusement et extraire un apex résiduel (Q7).
- Cureter une lésion apicale si elle existe (Q8).

4

4. **Hémostase Locale** :

- Bourrer l'alvéole avec un hémostatique local (ex: Surgicel®) (Q1, Q8, Q10).

5

5. **Compression** :

- Appliquer une compression ferme avec des compresses pendant 20 minutes.

Hémorragie tardive (plusieurs heures après) :

- Souvent due à une infection locale. CAT : Anesthésie, nettoyage de l'alvéole au sérum physiologique, hémostatique local et compression. (Q1).

Traitements (3/3) : L'Arsenal Thérapeutique Local



- **Compression Immédiate** : Le premier réflexe.
Maintenue au moins 10-20 minutes.



- **Agents Hémostatiques :**
 - **Surgicel®** : Gaze d'cellulose oxydée.
 - **Collagène résorbable** : Joue un rôle d'obstacle mécanique.



- **Moyens Chirurgicaux :**
 - **Suture** : Points de suture pour rapprocher les berges. Utiliser du fil non résorbable 3/0 ou 4/0 pour éviter la déchirure tissulaire.



- **Gouttières de compression** : Stens, résine, etc.





Après l'Hémostase : Sécuriser le Résultat

Surveillance Clinique :

- Garder le patient en observation pendant **2 heures** au cabinet.

Traitements Prophylactiques Anti-infectieux (si nécessaire) :

- Amoxicilline : 1g x 2 / jour pendant 6 jours.

Traitements Antalgiques :

- **Paracétamol® UNIQUEMENT.**



L'Aspirine et les AINS sont formellement contre-indiqués.

Conseils au patient :

- Ne pas cracher, ne pas consommer d'aliments ou boissons chaudes.
- Débuter les bains de bouche (si prescrits) seulement **24 heures après**.

Revoir le patient 24h après pour contrôler la cicatrisation.



Conclusion : La Préparation est la Clé

L'hémorragie au cabinet dentaire, bien que potentiellement grave, est une complication gérable.

- ✓ L'**évaluation du risque hémorragique** par un interrogatoire minutieux est le prérequis indispensable avant tout acte chirurgical.
- ✓ La prise en charge est **graduée**, allant de la simple compression.
La prise en charge est **graduée**, allant de la simple compression à des techniques chirurgicales plus complexes.
- ✓ Le succès du traitement repose sur l'identification de la cause et le **respect rigoureux du protocole**.

Une bonne préparation transforme une urgence subie en une situation maîtrisée.