

# **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. **DÉTECTER** 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 Complexe

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 pétéchiial** : Évocateur d'une thrombopénie ou thrombopathie.
- **Gingivorrhagies** : 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/ $\mu$ 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"><li>• Affections hématologiques (Anémies, Thrombopénies) (Q9, Q12)</li><li>• Déficit en Vitamine K (Q9)</li><li>• Anomalies vasculaires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prise médicamenteuse (AINS, Aspirine, Anticoagulants) (Q11)</li><li>• Pathologies hépatiques (cirrhose, hépatite) (Q9, Q12)</li><li>• Éthylisme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervention en zone inflammatoire (Q9, Q12)</li><li>• Causes iatrogènes (fracture osseuse, déchirure) (Q9, Q11, Q12)</li><li>• Granulome non cureté, perturbation du caillot</li></ul>





# Traitement (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.



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



# Traitement (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).



# Traitement (3/3) : L'Arsenal Thérapeutique Local



- **Compression Immédiate** : Le premier réflexe. Maintenu 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.

## Traitement Prophylactique Anti-infectieux (si nécessaire) :

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

## Traitement Antalgique :

- **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.*