

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci sont fournies par le Dr George Sándor de l'Université de Toronto et les Drs Pia López-Jornet et Ambrosio Bermejo-Fenoll de l'Université de Murcia. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1

Les soins dentaires de routine des patients asthmatiques différent-ils de ceux dispensés aux patients en santé?

L'asthme est un grave problème de santé à l'échelle mondiale, dont la prévalence, en particulier chez les enfants, n'a cessé d'augmenter au cours des 2 dernières décennies¹ sous l'effet de la pollution atmosphérique. Il est donc probable que les dentistes comptent des patients asthmatiques parmi leurs patients ambulatoires.

Histoire du patient

L'asthme est une affection des petites voies respiratoires, qui est causée par la constriction des bronchioles et qui provoque une respiration sifflante. Durant les crises graves, cette respiration sifflante peut s'aggraver rapidement et causer une rétention d'air et mener à une insuffisance respiratoire. La plupart des asthmatiques sont traités sur une longue période, par l'administration d'un agent sympathomimétique comme le salbutamol. Le facteur clé dans le traitement des patients asthmatiques en cabinet dentaire est de bien connaître l'histoire du patient, afin d'aider le dentiste à reconnaître les asthmatiques à haut risque².

Si le patient est un asthmatique connu, une anamnèse faisant état d'une aggravation récente des symptômes asthmatiques – en particulier d'essoufflement – doit être prise au sérieux. Si l'état clinique est de type «crescendo» ou semble devenir moins stable, le dentiste doit consulter le médecin du patient avant de procéder à tout traitement dentaire électif.

Un autre signe inquiétant est une augmentation de la fréquence des visites du patient à l'urgence, pour une stabilisation de son état. Ces patients doivent être considérés comme souffrant d'asthme instable et ne devraient pas subir de traitement dentaire avant qu'une évaluation médicale soit faite. L'asthme suit parfois un cycle très saisonnier, et certains de ces patients peuvent être sensibles à un allergène précis, de sorte que leur état s'aggrave au printemps, à l'été ou à l'automne. Chez d'autres patients, la sensibilité au froid provoque une exacerbation beaucoup plus marquée des symptômes asthmatiques durant l'hiver. Chez tous ces patients, les traitements dentaires électifs ne devraient pas être dispensés durant les mois à haut risque.

Les patients qui prennent des stéroïdes systémiques (p. ex., des comprimés de prednisone ou des corticostéroïdes par voie parentérale) devraient être considérés comme des patients présentant des risques plus élevés, alors que les risques seraient moindres chez les patients traités aux corticostéroïdes en aérosol. On pourrait ainsi comparer les stéroïdes en aérosol à un traitement topique à moindre risque (comparable à un onguent ou une crème à base de stéroïdes), alors que le traitement par voie orale comporterait des risques plus grands. Si un patient est systématiquement traité aux corticostéroïdes, son médecin devrait être consulté avant le traitement.

Les patients traités aux corticostéroïdes en aérosol peuvent souffrir de candidose buccale et pharyngée ou de muguet. Les dentistes peuvent aider les patients qui en souffrent en leur conseillant de se rincer la bouche avec de l'eau, ou de boire de l'eau, après le traitement en aérosol. Si la candidose devient symptomatique ou cliniquement apparente, le traitement par un rince-bouche à base de nystatine est utile.

Prise en charge des patients asthmatiques

Les traitements dentaires des patients asthmatiques devraient toujours se faire lorsque leur état est cliniquement le plus stable. Demandez également au patient d'avoir toujours son inhalateur à portée de la main³ afin de pouvoir utiliser le sien si cela s'avérait nécessaire durant le traitement dentaire.

Enfin, les patients qui souffrent d'asthme sévère, et qui prennent régulièrement des corticostéroïdes systémiques sur de longues périodes, peuvent devenir immunodéprimés; dans ces cas, une prophylaxie antibiotique pourrait être bénéfique avant une chirurgie dentaire. ♦

Références

1. Coke JM, Karaki DT. The asthma patient and dental management. *Gen Dent* 2002; 50(6):504–7.
2. Sollecito TP, Tino G. Asthma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92(5):485–90.
3. Steinbacher DM, Glick M. The dental patient with asthma. An update and oral health considerations. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(9):1229–39.

Question 2

Les patients qui prennent des anticoagulants oraux doivent-ils suspendre leur médication avant une intervention chirurgicale?

C'est sans doute la question que les dentistes posent le plus souvent aux médecins de nos jours. Pour y répondre, le médecin doit analyser avec soin la situation de chaque patient.

Indication de l'anticoagulothérapie

Le premier facteur à considérer est la raison qui justifie l'administration d'anticoagulant au patient. L'anticoagulothérapie est indiquée dans bien des cas, notamment pour la prophylaxie et le traitement de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire. Les patients qui souffrent d'arythmie, par exemple de fibrillation artérielle, et ceux qui ont des valvules cardiaques mécaniques peuvent aussi prendre des anticoagulants pour prévenir une embolie dans la circulation du système nerveux central. De même, les patients en état hypercoagulable, comme ceux atteints de tumeurs malignes, peuvent prendre des anticoagulants pour prévenir les complications d'une coagulation disséminée et l'ischémie qui pourrait en résulter, en aval des caillots.

Anticoagulant

Le deuxième facteur à considérer est le type d'anticoagulant administré.

Warfarine

La warfarine sodique (Coumadin) est l'anticoagulant le plus utilisé. Ce médicament agit sur la voie extrinsèque de la coagulation, en inhibant la synthèse des facteurs de coagulation II, VII, IX et X dépendants de la vitamine K. Ce faisant, la warfarine prolonge le temps de prothrombine, lequel est exprimé en fonction du Rapport international normalisé (RIN). La valeur normale du RIN est de 1,0, mais la marge ou l'objectif thérapeutique pour l'anticoagulothérapie se situe entre 2,0 et 3,5.

Médicaments antiplaquettaires

Les médicaments antiplaquettaires, parmi lesquels figurent l'acide acétylsalicylique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibent la fonction plaquettaire et augmentent de ce fait le temps de saignement. Malgré leur importance à des fins précises, ces agents thérapeutiques ne sont habituellement pas utilisés comme anticoagulants, et leur utilisation a fait l'objet d'un précédent article publié dans cette revue¹.

Héparine

L'héparine et les médicaments apparentés à l'héparine diminuent la coagulation sanguine en agissant sur la voie intrinsèque de la coagulation, un effet qui est évalué par des analyses en laboratoire, comme le temps de céphaline. Comme ces médicaments sont le plus souvent administrés par voie parentérale, il est peu probable que vous ayez à traiter en cabinet des patients ambulatoires qui en reçoivent. Il y a toutefois une exception, et ce sont les patients traités par hémodialyse à long terme, à qui de l'héparine est administrée pour prévenir la coagulation dans l'appareil de dialyse. Or, si ces

patients se présentent à un cabinet dentaire immédiatement après une dialyse, il est possible qu'une quantité résiduelle d'héparine soit toujours présente dans le sang, ce qui pourrait prolonger le saignement après une chirurgie. Par conséquent, les interventions chirurgicales chez ces patients devraient se faire le lendemain de la dialyse, pour permettre une diminution des taux d'héparine dans la circulation. Pour tout patient traité à l'héparine, il est recommandé de consulter le médecin avant de procéder à une chirurgie.

Risque de coagulation s'il y a arrêt des anticoagulants

Le troisième facteur à considérer est le risque de coagulation advenant l'arrêt de l'anticoagulothérapie, mais ce risque peut être difficile à déterminer. On considère toutefois que le risque est élevé, si les antécédents du patient font état de phénomènes thromboemboliques récurrents. Cependant, il vaut mieux présumer que le risque de coagulation est élevé chaque fois qu'il y a arrêt de l'anticoagulothérapie, et ce quels que soient les antécédents du patient.

Risque d'hémorragie s'il y a maintien de l'anticoagulothérapie

Le dernier facteur à considérer est le risque d'hémorragie après la chirurgie si l'anticoagulothérapie est maintenue. De nombreux spécialistes en médecine interne et en hématologie qualifient l'hémorragie buccale postopératoire de saignement visible et ils considèrent généralement ce type de saignement moins dangereux que l'hémorragie «silencieuse» abdominale, intrathoracique ou intracrânienne, laquelle peut avoir des conséquences désastreuses, même lorsqu'elle passe inaperçue. Il n'en demeure pas moins que le saignement postopératoire d'origine buccale peut lui aussi être important et mettre la vie du patient en danger. Ce type de saignement ne devrait pas être pris à la légère. La décision de continuer ou d'arrêter l'anticoagulothérapie est toujours prise en soupesant délicatement tous les facteurs précédents.

Littérature fondée sur les faits

Il existe quelques études fondées sur les faits, pour guider le dentiste dans le traitement des patients qui prennent des anticoagulants. Ainsi, un essai randomisé contrôlé² a porté sur 109 patients traités à la warfarine et dont le RIN se situait dans la marge thérapeutique normale. De ce nombre, 52 patients ont été assignés au groupe témoin (arrêt de la warfarine 2 jours avant l'extraction) et 57, au groupe d'intervention (maintien de la warfarine). L'incidence de complications hémorragiques a été plus élevée dans le groupe d'intervention (15/57, 26 %) que dans le groupe témoin (7/52, 13 %), mais la différence n'était pas statistiquement significative. Compte tenu des risques associés à l'arrêt de la warfarine, les auteurs ont conclu qu'il y aurait lieu de revoir la pratique qui vise généralement à

interrompre l'administration de ce médicament avant une extraction dentaire.

Dans le cadre d'un autre essai plus exhaustif³, 249 patients ayant subi au total 543 extractions dentaires ont été répartis en 5 groupes, selon la valeur du RIN le jour de l'intervention : groupe 1, RIN = 1,50–1,99; groupe 2, RIN = 2,00–2,49; groupe 3, RIN = 2,50–2,99; groupe 4, RIN = 3,00–3,49 et groupe 5, RIN supérieur à 3,49. Une hémostase locale a été réalisée à l'aide d'une éponge de gélatine et de sutures multiples avec du fil de soie. Sur les 249 patients, 30 (12 %) ont souffert d'hémorragie postopératoire, soit : 3 patients (5,0 %) du groupe 1; 10 (12,8 %) du groupe 2; 9 (15,2 %) du groupe 3; 5 (16,6 %) du groupe 4 et 3 (13,0 %) du groupe 5. Aucune différence significative n'a été observée entre les 5 groupes quant à l'incidence de saignement postopératoire, et la valeur du RIN à l'intérieur de la marge thérapeutique n'a pas semblé influencer de façon significative sur l'incidence du saignement postopératoire. Les auteurs en ont conclu que l'extraction dentaire pouvait être pratiquée sans modifier l'anticoagulation orale. Il semble que l'hémostase locale à l'aide d'éponges de gélatine et de sutures ait suffi à prévenir le saignement postopératoire dans cette étude.

Prise en charge

L'exercice clinique fondé sur les faits exige que chaque clinicien améliore ses aptitudes en ce qui a trait au recensement et à l'évaluation de la littérature et qu'il documente son expérience clinique⁴. Le clinicien doit ainsi soupeser les faits présentés dans la littérature en regard de ce qu'il sait être sans danger sur le plan clinique, d'après son expérience. Des

recommandations basées sur la valeur du RIN⁵ ont été formulées pour le traitement des patients dentaires qui prennent de la warfarine. Dans le cas des patients dont le RIN se situe dans la zone thérapeutique (c.-à-d, inférieur à 3,5), l'arrêt de l'anticoagulation n'est pas systématiquement indiqué, et on préconise des mesures locales, comme l'élimination de l'ensemble du tissu de granulation et l'utilisation d'éponges en mousse de gélatine, de mèches d'oxycellulose dans l'alvéole après l'extraction et de points de suture. Ces mesures conviennent habituellement aux extractions de routine, mais le dentiste doit être prudent dans l'adaptation de ces méthodes à d'autres interventions chirurgicales plus invasives, comme l'extraction d'une dent incluse ou l'utilisation de lambeaux parodontaux, où les risques de saignement postopératoire peuvent être plus grands. ♦

Références

1. Daniel NG, Goulet J, Bergeron M, Paquin P, Landry PE. Les antiplaquetaires : Y a-t-il un risque opératoire? *J Can Dent Assoc* 2002; 68(11):683–7.
2. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW. Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002; 40(3):248–52.
3. Blinder D, Manor Y, Martinowitz U, Taicher S. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: comparison of INR value with occurrence of postoperative bleeding. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30(6):518–21.
4. Dodson TB. Strategies for managing anticoagulated patients requiring dental extractions: an exercise in evidence-based clinical practice. *J Mass Dent Soc* 2002; 50(4):44–50.
5. Troulis MJ, Head TW, Leclerc JR. What is the INR? *J Can Dent Assoc* 1996; 62(5):428–30.

Question 3

Est-ce que les patients qui souffrent de troubles épileptiques devraient continuer de prendre leurs médicaments durant un traitement dentaire de routine?

L'épilepsie est souvent un symptôme d'un trouble neurologique sous-jacent. Le trouble épileptique peut se manifester sous diverses formes¹ généralement regroupées entre l'épilepsie focale et généralisée. Les crises peuvent être idiopathiques ou être dues à une lésion du système nerveux central, à la suite par exemple d'un traumatisme. Les crises peuvent aussi être causées par une tumeur cérébrale ou un trouble métabolique, comme l'hypoglycémie.

Anticonvulsivants

Les crises chroniques sont traitées par des médicaments anticonvulsivants qui ont habituellement pour effet d'élever le seuil épileptogène. Les anticonvulsivants incluent les benzodiazépines, les barbituriques, l'acide valproïque, la phénytoïne et la carbamazépine. Tous ces médicaments requièrent le maintien d'une dose thérapeutique minimale pour être efficaces, ce qui exige de la part du patient l'observation du traitement et le respect de la posologie prescrite.

Les dentistes ne devraient pas demander aux patients de cesser de prendre leurs anticonvulsivants avant un traitement dentaire. Au contraire, il faut encourager le patient à prendre son médicament avec un peu d'eau, comme à l'habitude, le jour de son rendez-vous chez le dentiste. Toute interruption de la prise du médicament risque en effet d'entraîner une diminution de la concentration du médicament et une augmentation de la fréquence des crises épileptiques, durant ou après un traitement dentaire.

Traitement des crises

Si le patient a une crise durant un traitement dentaire, les protocoles en cas d'urgences neurologiques exigent que le dentiste cesse toute intervention majeure, qu'il retire tout corps étranger de la bouche du patient, qu'il assure le dégagement des voies aériennes et qu'il surveille la respiration et la circulation du patient. Si le patient n'a pas d'antécédents de crises, le dentiste doit procéder à un examen secondaire rapide

pour tenter de déterminer la cause possible de la crise². Si la crise persiste, il est impératif que quelqu'un du cabinet contacte les services médicaux d'urgence².

L'état neurologique sous-jacent et le traitement médical qu'il requiert peuvent avoir une influence sur la santé buccodentaire. Le maintien de l'hygiène buccodentaire peut se révéler physiquement plus exigeant pour les patients souffrant de troubles neurologiques. De plus, certains médicaments comme la phénytoïne peuvent causer une hyperplasie gingivale, qui risque de s'aggraver si l'hygiène buccodentaire laisse à désirer. Donc, la prévention des maladies buccodentaires et un traitement dentaire planifié avec soin sont essentiels au bien-être des patients souffrant de troubles épileptiques¹. ♦



Les réponses aux questions 1 à 3 ont été fournies par le Dr George Sándor. Le Dr Sándor est coordonnateur de chirurgie buccale et maxillofaciale, à l'Hôpital pour enfants malades et au Centre pour enfants Bloorview MacMillan, Toronto (Ontario), directeur du programme d'études supérieures en chirurgie buccale et maxillofaciale, et professeur agrégé, Université de Toronto. Courriel : george.sandor@utoronto.ca.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.

Références

1. Fiske J, Boyle C. Epilepsy and oral care. *Dent Update* 2002; 29(4):180-7.
2. Busschots GV, Milzman BI. Dental patients with neurologic and psychiatric concerns. *Dent Clin North Am* 1999; 43(3):471-83.

Question 4

Quelle est la meilleure façon de traiter les mucocèles salivaires? Quelle est la meilleure technique à utiliser?

La mucocèle est le trouble le plus répandu des glandes salivaires mineures (2,5 pour 1000 habitants). Ces lésions sont plus fréquentes chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes que chez les adultes¹, sans égard toutefois au sexe.

La mucocèle salivaire fait référence à une tuméfaction muqueuse de taille variable, à contenu mucoïde. Il s'agit de tumeurs bénignes, habituellement causées par un traumatisme, qui contiennent de la salive extravasée ou retenue à l'intérieur d'un canal. L'épanchement est beaucoup plus fréquent dans les mucocèles de la lèvre inférieure et se situe souvent entre la ligne médiane et la commissure de la bouche, bien qu'il puisse aussi se produire ailleurs^{2,3}. Sur le plan clinique, la mucocèle apparaît sous forme d'une tuméfaction translucide, circonscrite, indolore, molle et récurrente de la muqueuse. Ces lésions sont habituellement unilatérales, et les présentations bilatérales sont très rares. Après le traumatisme initial, la taille de la lésion diminue sous l'effet de la résorption de la salive; cependant, comme il arrive souvent que la production de mucus continue, la lésion est habituellement dynamique et sa taille fluctue. Dans la plupart des cas, le diagnostic repose sur

les observations cliniques, mais une analyse histologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic et bien identifier la glande salivaire touchée afin de l'extraire et d'éviter ainsi toute récurrence.

La résection chirurgicale complète est la technique qui donne les meilleurs résultats⁴, et l'aspiration à l'aiguille entraîne toujours une récurrence ou une rechute à court terme. La cryochirurgie et la chirurgie au laser à gaz carbonique ont aussi été utilisées pour éliminer ces lésions, avec de bons résultats.

Nous proposons ici une technique simple et rapide pour l'ablation des mucocèles salivaires mineures. Cette technique repose sur l'utilisation de pinces B (variante des pinces à chalazions)^{4,5} qui simplifient l'ablation des mucocèles sur la lèvre inférieure.

De plus, les extrémités des pinces sont fenêtrées pour faciliter l'accès au tissu saisi. La lésion à extraire apparaît dans la fenêtre. De plus, la compression exercée par les pinces provoque un effet de déplétion des liquides, de sorte que l'ablation chirurgicale de la lésion se fait dans des conditions ischémiques locales. La compression permet aussi d'expulser la



Illustration 1 : Mucocèle labiale chez une fille de 12 ans. Noter la tuméfaction bien délimitée et la muqueuse sus-jacente d'apparence normale.



Illustration 2 : Mise en place des pinces B et début de l'ablation chirurgicale.

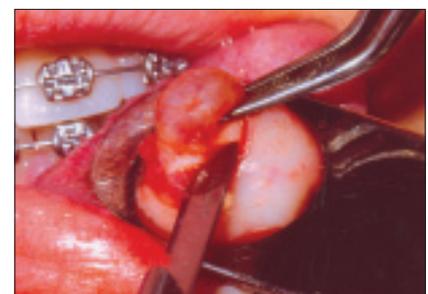


Illustration 3 : Ablation chirurgicale de la mucocèle.

portion sectionnée (détachée des tissus conjonctifs périphériques) comme un bouchon de tissu, ce qui facilite l'évaluation en profondeur et l'accès à la base pour un sectionnement adéquat. De plus, cette technique réduit de 50 % le temps nécessaire à l'ablation de la lésion. Les pinces assurent en outre une bonne visibilité et une hémostase et elles facilitent l'accès, car le champ chirurgical est exempt de sang et de salive (ill. 1, 2 et 3).

Après la résection, les rebords sont suturés avec de la soie ou un matériau résorbable – 3 à 4 points suffisent. Le spécimen est manipulé avec soin pour éviter de l'endommager, puis il est plongé dans un fixateur pour analyse histologique ultérieure. Cette technique offre plusieurs avantages qui sont liés notamment à l'induction de l'ischémie (ce qui améliore la visibilité et facilite encore plus la résection) et à la rapidité d'extraction; autre avantage, elle peut se faire sans l'aide d'une assistante. ♦



La Dre Pia López-Jornet est professeure adjointe de médecine buccale, Université de Murcia, Murcia, Espagne. Courriel : majornet@um.es.



Le Dr Ambrosio Bermejo-Fenoll est professeur titulaire de médecine buccale, Université de Murcia, Murcia, Espagne.

Références

1. Eveson JW. Superficial mucoceles: pitfall in clinical and microscopic diagnosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66(3):318–26.
2. Bermejo A, Aguirre JM, Lopez P, Saez MR. Superficial mucocele: report of 4 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88(4):469–72.
3. Tran TA, Parlette HL 3rd. Surgical pearl: removal of large labial mucocele. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40(5 Pt 1):760–2.
4. Seoane J, Varela-Centelles PI, Diz-Dios P, Romero M. Use of chalazion forceps to ease biopsy of minor salivary glands. *Laryngoscope* 2000; 110(3Pt 1):486–7.
5. Szpirglas H, Giozza S, Agbo-Godeau Y, Le Charpetier Y. Biopsie des glandes salivaires accessoires. Bilan 5 ans. *Rev Stomatol Chir Maxilofac* 1994; 95(3):204–6.