

Soins dentaires
et gestion
des patients
hémophiles

Informations pratiques

 **sobi**
rare strength

Sommaire

Préambule	3
Qu'est-ce que l'hémophilie?	3
Degrés de sévérité de l'hémophilie	4
Comment traiter l'hémophilie?	5
Recommandations concernant les soins bucco-dentaires chez les patients hémophiles	5
Diagnostic	6
Traitements	7
Douleurs	8
Anesthésie locale	9
Particularités des soins dentaires chez les patients hémophiles	10
Urgence dentaire	12
Protocole de sauvetage en cas d'hémorragie	13
Schéma de traitement	14
Prévention	16
Hémostatiques locaux	18
Remerciements et conclusion	22
Questionnaire Hémophilie	23

Préambule

Cette brochure destinée aux professionnels de santé contient des informations pratiques sur la prise en charge des patients hémophiles dans le cadre des soins dentaires.

Sobi remercie les auteures de cette brochure, Dr med. Tamara Diesch, Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKBB), et Dr med. dent. Cornelia Filippi pour la rédaction, ainsi que Prof. Dr med. dent. Andreas Filippi (UZB) pour sa relecture critique.

Qu'est-ce que l'hémophilie?

L'hémophilie est un trouble hémorragique héréditaire lié au chromosome X, causé par un déficit ou une absence totale de facteur VIII de coagulation (FVIII) (pour l'hémophilie A) ou de facteur IX de coagulation (FIX) (pour l'hémophilie B).^{1,2} Le déficit ou l'absence résultent de mutations génétiques du facteur de coagulation correspondant.

L'hémophilie A touche 1 nouveau-né mâle sur 5 000, tandis que l'hémophilie B, moins fréquente, en touche 1 sur 25 000.¹ L'hémophilie A et B sont toutes deux des maladies héréditaires affectant très majoritairement – mais pas exclusivement – les hommes. L'hémophilie, transmise par la mère, touche en général les hommes. Toutefois, environ 30 % des cas résultent d'une mutation spontanée sans antécédents familiaux.

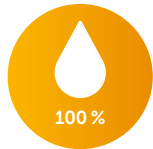
On classe la gravité de l'hémophilie en trois degrés: sévère, modérée et légère.¹ Ce degré de sévérité est essentiellement basé sur le pourcentage d'activité biologique des facteurs de coagulation du sang par rapport à une activité biologique normale (cf. illustration 1). Un déficit de l'un des deux facteurs peut entraîner des hémorragies spontanées dans les articulations et les tissus mous. Ils abîment ces articulations et les rendent plus vulnérables aux hémorragies, pouvant causer une arthropathie hémophilique. L'arthropathie provoque alors des problèmes de mobilité articulaire graves et des douleurs. En l'absence de traitement, les patients hémophiles peuvent également perdre beaucoup de sang suite à des traumatismes ou des opérations.

Pour une meilleure lisibilité, nous avons renoncé à l'utilisation simultanée des formes masculine, féminine et diverse (m/f/d).

Toutes les désignations de personnes s'appliquent indifféremment à tous les genres.

Degrés de sévérité de l'hémophilie

On classe la gravité de l'hémophilie en trois degrés: sévère, modérée et légère. Ce degré de sévérité est essentiellement basé sur le pourcentage d'activité biologique des facteurs de coagulation du sang par rapport à une activité biologique normale.



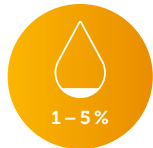
Activité normale

Activité biologique des facteurs de coagulation (FVIII ou FIX) chez le sujet sain.



Léger*

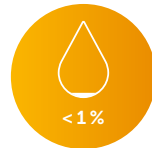
Quant aux personnes atteintes d'hémophilie légère, elles ne présentent presque jamais de saignements spontanés et lorsqu'elles saignent de manière prolongée, c'est généralement suite à une blessure grave ou à une intervention chirurgicale.



Modéré*

Les personnes atteintes d'hémophilie modérée saignent généralement beaucoup moins que les personnes atteintes d'hémophilie sévère – et leurs saignements sont souvent dus à une blessure (d'origine traumatique) et rarement d'origine spontanée.

Cependant, après une blessure, une intervention chirurgicale ou un traitement dentaire, les personnes atteintes d'hémophilie modérée saignent tout de même plus longtemps que les personnes non hémophiles.



Sévère*

Les personnes atteintes d'hémophilie sévère peuvent saigner sans raison apparente – ce type de saignement est appelé saignement spontané. Les saignements spontanés se produisent le plus souvent dans les articulations et les muscles.

Illustration 1: Degrés de sévérité de l'hémophilie¹

* Activité biologique des facteurs de coagulation (FVIII ou FIX) chez le sujet atteint d'une forme d'hémophilie.

Comment traiter l'hémophilie?

L'hémophilie se traite notamment par injection intraveineuse du facteur de coagulation manquant.³ La fréquence d'injection dépend du degré de sévérité de la maladie et l'administration est préventive ou à la demande. Le développement de spécialités de facteurs à demi-vie allongée constitue un traitement offrant une protection plus efficace et plus durable.² Une approche alternative consiste à administrer un anticorps spécifique en sous-cutané, qui imite le fonctionnement du FVIII.⁴

Recommandations concernant les soins bucco-dentaires chez les patients hémophiles

De manière générale, il convient d'éviter les caries et gingivites.

Vous trouverez ci-dessous les recommandations de base:

- Brossage des dents au moins 2 x par jour.
- Chez les enfants jusqu'à 8 ans, le brossage doit être supervisé (et réitéré par les parents).
- À partir de 8 ans, les enfants peuvent utiliser un bain de bouche fluoré (0.05 % NAF, 230 ppm F) pendant 30 s en complément.
- Les médicaments contenant du sucre doivent être ingérés avant le brossage des dents.
- L'utilisation de fil dentaire est recommandée, mais doit être enseignée par un professionnel.
- Les traitements non invasifs, p. ex. le scellement des sillons, peuvent être réalisés à tout moment.

Diagnostic

Les saignements spontanés peuvent survenir tout au long de la vie, plus fréquemment dans les cas de formes sévères d'hémophilie que pour les formes plus légères.⁶ La fédération mondiale de l'hémophilie (FMH) recommande un traitement substitutif en cas d'extraction dentaire mais pas dans le cadre de l'exfoliation des dents de lait. Toutefois, si un patient se présente au cabinet dentaire pour des saignements prolongés après l'extraction d'une dent de lait, sur des dents de lait persistantes ou sur la plaie d'exfoliation, il faut prendre contact avec l'hématologue référent.⁵

De manière générale, le sondage parodontal n'entraîne pas de saignements prolongés, en particulier chez les hémophiles modérés ou mineurs.⁴ En cas de formes sévères, le sondage parodontal peut nécessiter l'administration de facteur. Avant un sondage parodontal, il est recommandé de prendre l'avis de l'hématologue référent.

Afin de prévenir les hémorragies lors de la réalisation de radiographies intraorales, les points de contact avec la muqueuse buccale ainsi que les coins durs doivent être couverts de cire dentaire (cf. illustrations 2 et 3).⁷



Illustration 2 modifiée d'après Yee et al., 2021⁷: À température ambiante, le bâton de cire est facilement malléable et souple. Après pression, il colle aux points de contact.

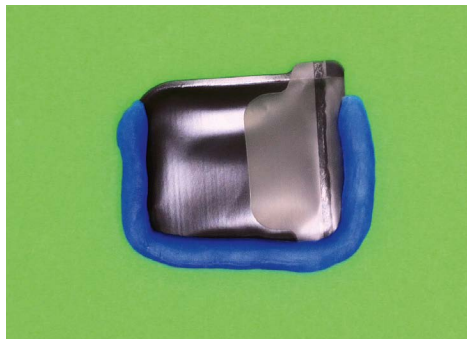


Illustration 3 modifiée d'après Yee et al., 2021⁷: Les bords et les coins durs sont recouverts d'une couche de cire souple.

Traitements

Traitements non invasifs

Le détartrage supragingival est un traitement non invasif qui peut en principe être réalisé sans administration de facteur.^{3,7} Il en va de même pour le nettoyage dentaire professionnel avec brossettes, cupules à polir, nettoyage interdentaire et nettoyage de la langue.^{3,7}

Traitements invasifs

Tous les traitements invasifs nécessitent de consulter l'hématologue au préalable et d'établir un calendrier.³

Toute administration préventive de facteur sous forme médicamenteuse doit être réalisée à des jours fixes (p. ex. lundi – mercredi – vendredi). Les examens invasifs (p. ex. bilan parodontal), le détartrage sous-gingival et les soins dentaires avec exposition des vaisseaux sanguins ou risque d'hématomes doivent être réalisés ces mêmes jours, si possible 30 minutes après l'administration du facteur.^{3,4}

En cas d'intervention étendue, en particulier de chirurgie orale ou parodontale, les lignes directrices de la FMH s'appliquent également.³ Afin de réduire l'utilisation de facteur, l'acide tranexamique est utilisé pour son action antifibrinolytique systémique et/ou topique.^{5,7,8,12,15}

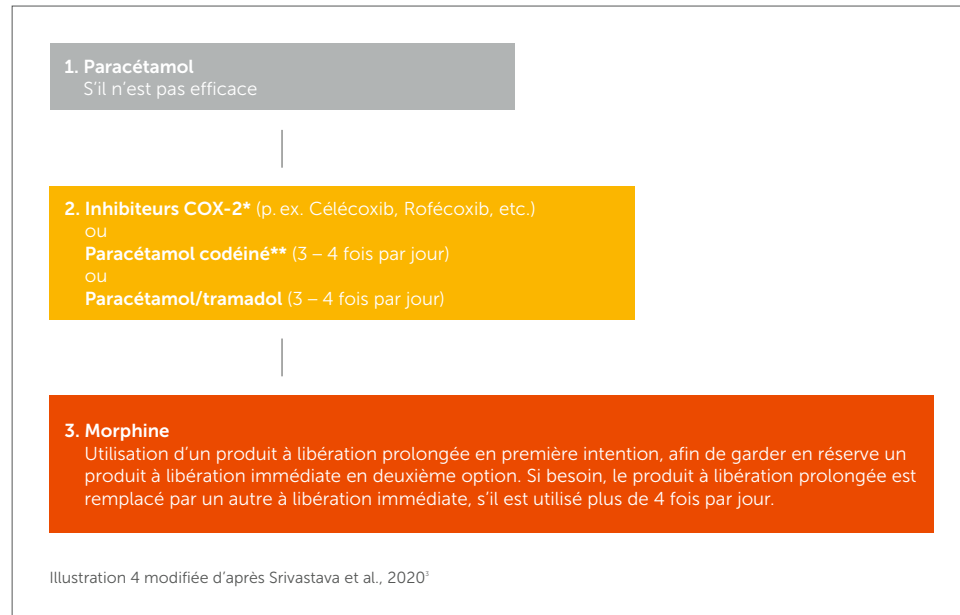
- L'acide tranexamique (Cyclokapron®) peut être pris par voie orale, sous forme de comprimé, à partir de 2 heures avant l'intervention et pendant 7 à 10 jours (15 – 25 mg/kg toutes les 8 heures).³
- Afin de contrôler les saignements postopératoires, il est en général prescrit un jour avant et 7 jours après l'opération.
- Sous forme de bain de bouche, l'acide tranexamique contribue aussi à l'hémostase.^{3,4}
- Le bain de bouche suivant doit être préparé par le patient: dissoudre 500 mg de Cyclopron® en comprimé effervescent dans 10 à 15 ml d'eau et en rincer la bouche pendant au moins 2 minutes.^{3,4,12}
- Dans les formes modérées ou mineures d'hémophilie, le bain de bouche est particulièrement recommandé dans un but antifibrinolytique après une extraction dentaire ou un traitement parodontal.^{3,8}
- En cas d'hémorragie secondaire légère, l'application d'un coton salivaire imbibé d'acide tranexamique avec compression pendant 2 heures est décrite dans la littérature comme une méthode d'hémostase efficace.⁹

En cas d'extraction dentaire ou de décollements de toute sorte, fabriquer une gouttière thermoformée ou une prothèse provisoire avant l'opération.^{1,15}

Douleurs

Principes de la gestion de la douleur

S'ils souffrent de douleurs, les patients hémophiles peuvent prendre des antalgiques avant de se présenter au cabinet dentaire. Les cabinets dentaires sont tenus d'appliquer la stratégie de gestion de la douleur préconisée par la FMH.³ En vue de l'anamnèse et du choix des analgésiques adaptés, il est nécessaire de connaître les médicaments disponibles pour personnaliser leur administration:



* Les inhibiteurs COX-2 doivent être utilisés avec précaution chez les patients hémophiles souffrant d'hypertension et/ou de dysfonctionnement rénal. ** La codéine ne doit pas être administrée aux enfants de moins de 12 ans. Attention: acide acétylsalicylique contre-indiqué.⁴

Anesthésie locale

Sont à privilégier les techniques d'anesthésie locale telles qu'infiltrations buccales, anesthésies intraligamentaires, intraosseuses, du nerf mentonnier et injections intrapulpaires.^{3,7} Les infiltrations buccales de lidocaïne ou d'articaine sont considérées comme sûres chez les adultes souffrant d'une forme légère à sévère d'hémophilie sans traitement substitutif de facteur.⁷ L'anesthésique local doit être injecté lentement, de préférence à l'aide de systèmes d'injection assistés par ordinateur.^{3,7} Dans certains cas (p. ex. extraction de dents de lait persistantes très mobiles), une anesthésie superficielle sous forme de crème (p. ex. Oraqix[®]) peut suffire, ce qui permet d'éviter une injection.^{4,7}

Pour les patients hémophiles devant subir une anesthésie du foramen mandibulaire ou des injections linguales de la mandibule, la FMH recommande des mesures hémostatiques systématiques avant l'intervention afin de réduire le risque d'hématome et de complications graves (p. ex. obstruction des voies respiratoires).³

Utilisation du protoxyde d'azote et traitement sous anesthésie avec intubation

Le traitement sous protoxyde d'azote peut présenter des avantages, car il a un effet anxiolytique ou sédatif sur les patients redoutant l'intervention. L'utilisation de protoxyde d'azote est également considérée comme sûre chez les patients hémophiles.⁷ Si le protoxyde d'azote ne suffit pas à obtenir la coopération du patient aux soins cliniques, il faut envisager une anesthésie avec intubation. Dans ce cas, l'intubation des voies respiratoires doit être réalisée avec prudence afin d'éviter des saignements sous-muqueux potentiellement importants.⁷ L'intubation orale est préférée à l'intubation nasale afin de réduire le risque d'aspiration des saignements causés par un traumatisme iatrogène.⁷ En cas de forme sévère d'hémophilie et/ou de présence d'inhibiteurs (qui réduisent ou suppriment l'effet des facteurs), une surveillance postopératoire en milieu hospitalier est nécessaire et doit être prévue en amont avec l'hématologue.⁷

Particularités des soins dentaires chez les patients hémophiles

Soins dentaires chirurgicaux étendus chez les enfants

Les extractions dentaires ou interventions de chirurgie orale étendues doivent être réalisées en milieu hospitalier. L'équipe est composée de chirurgiens dentistes/stomatologues, de dentistes pédiatriques/hématologues pédiatriques, de dentistes/hématologues et, si besoin, d'anesthésistes pédiatriques/anesthésistes.

Les patients souffrant d'une forme sévère d'hémophilie⁵ ou produisant des inhibiteurs nécessitent une surveillance de 24 heures en milieu hospitalier. La décision est prise par l'hématologue référent.

Odontologie conservatrice

En cas d'utilisation de digue dentaire, il faut veiller à ce que les crampons soient posés sur les dents en supragingival sans abîmer les tissus.^{4,7}

En cas d'utilisation d'un aspirateur, celui-ci ne doit pas blesser les tissus mous et son extrémité doit, le cas échéant, être enveloppée de gaze (cf. illustrations 5 et 6).⁷



Illustration 5 modifiée d'après Yee et al., 2021: différentes formes d'aspirateurs de salive et de gaze



Illustration 6 modifiée d'après Yee et al., 2021: aspirateurs protégés par l'application de gaze

Endodontie

L'endodontie présente un très faible risque d'hémorragie secondaire en raison de la petite surface de la plaie. En cas d'hémorragies via l'orifice de trépanation (dans le cadre d'une pulpotomie) ou le canal radiculaire, les rinçages à 4 % d'hypochlorite de sodium et les pansements à l'hydroxyde de calcium contribuent à l'hémostase.⁴ Ils ne doivent toutefois pas être réalisés via l'apex⁴, afin d'éviter d'éventuels hématomes et hémorragies osseuses.

Traitements parodontaux

Par rapport aux extractions dentaires réalisées séparément, les interventions chirurgicales parodontales présentent un risque d'hémorragie secondaire plus élevé avec un risque significatif de perte de sang.⁸ En cas de traitements parodontaux, il est recommandé de suivre la procédure progressive suivante:⁸

1. Nettoyage supragingival et conseils d'hygiène bucco-dentaire afin de réduire les inflammations locales.
2. Le nettoyage sous-gingival est réalisé après diminution de l'inflammation et en concertation avec l'hématologue référent.
3. Un bain de bouche contenant de l'acide tranexamique peut être préparé pour favoriser l'hémostase locale (voir «Traitements invasifs»).

Traitements orthodontiques

Il est possible d'utiliser des appareils orthodontiques fixes et amovibles chez les patients hémophiles si des conseils préventifs renforcés sont prodigués, notamment des conseils d'hygiène bucco-dentaire, des démonstrations et des formations.^{4,10} Les appareils doivent être conçus de manière à ce que la gencive et les muqueuses des joues/de la langue ne puissent pas être blessées par des arêtes vives ou des fils.⁴ Si des interventions chirurgicales sont nécessaires dans le cadre du traitement orthodontique, comme la pose de pins ou de vis d'ancrage, l'accord de l'hématologue est nécessaire.^{3,4}

Implants

Si certaines études concluent à de bons taux de réussite en matière d'implants chez les patients hémophiles⁹, il n'existe pas à l'heure actuelle de directives nationales et internationales à ce sujet.^{4,9} Il est souvent recommandé de ne pas poser d'implants chez les patients atteints d'hémophilie.⁹ La décision finale dépend du degré de sévérité de l'hémophilie et de l'ampleur des techniques d'augmentation possibles (greffe osseuse, sinus lift, etc.). Pour les patients hémophiles chez lesquels des implants dentaires sont indiqués, la FMH recommande de réaliser, avant l'intervention, un plan de soins personnalisé avec consultation de l'hématologue.³

Prothèses

Les prothèses partielles ou totales ne présentent pas de risque d'hémorragie particulier.^{4,8} Les inflammations de la muqueuse buccale doivent être évitées autant que possible grâce à des contrôles réguliers et des adaptations (hygiène de la prothèse, élimination des points de pression, base composée d'un matériau restant souple).⁸

Urgence dentaire

Les douleurs doivent être traitées grâce à une gestion adaptée de la douleur (voir «Les principes de la gestion de la douleur») et des traitements dentaires. Même aux urgences, les consignes de l'hématologue sont indispensables pour réaliser les soins en toute sécurité.

Pulpite aiguë

Outre les spécificités évoquées plus haut de l'anesthésie locale choisie en cas d'hémophilie (voir «Anesthésie locale»), et éventuellement le cas particulier des enfants, l'extraction de la pulpe (p. ex. pulpotomie, pulpectomie) est le traitement choisi.⁴

Abcès

En général, les abcès sont incisés. Chez les patients hémophiles, tout traitement invasif nécessite une discussion préalable avec l'hématologue.³

Extractions dentaires

Toute extraction dentaire nécessite une discussion préalable avec l'hématologue et une planification.^{1,3}

Le traitement substitutif par facteur est défini en fonction du degré de sévérité et de l'ampleur des soins dentaires apportés. Zones cibles du facteur:^{1,3,9}

- Si saignements faibles escomptés: taux de facteur > 30 %
- Si saignements modérés escomptés: taux de facteur > 50 %
- Si saignements importants escomptés: taux de facteur > 70 – 100 %

Des hémostatiques locaux doivent être disponibles (voir également tableau «Hémostatiques locaux»)

L'utilisation d'un anesthésique local contenant de l'adrénaline (2 % de lidocaïne avec 1:80 000 d'adrénaline ou 4 % d'articaine avec 1:100 000 d'adrénaline) peut également contribuer à l'hémostase locale. Une concentration de 1:200 000 d'adrénaline est recommandée chez les enfants.¹¹

Traumatisme dentaire

Les traumatismes dentaires sont souvent pris en charge par un service d'urgence dentaire. Différents tissus peuvent être concernés: les tissus dentaires durs, la pulpe, le parodonte, l'os environnant et les tissus mous de la cavité buccale. Généralement, les premiers soins peuvent être réalisés au cabinet dentaire. En cas de lésions hémorragiques que les mesures locales ne parviennent pas à corriger, le soutien de l'hématologue est nécessaire. (voir également tableau «Protocole de sauvetage en cas d'hémorragie»).

Protocole de sauvetage en cas d'hémorragie

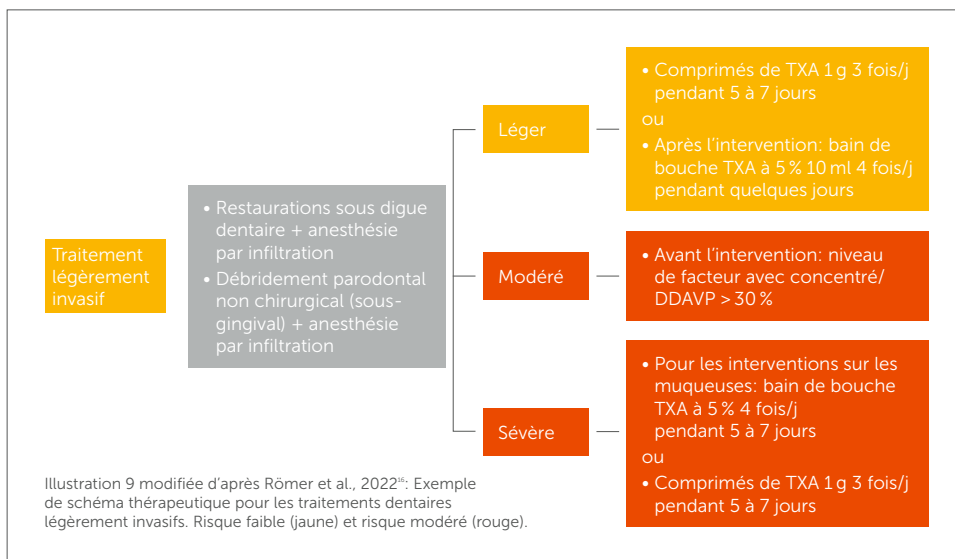
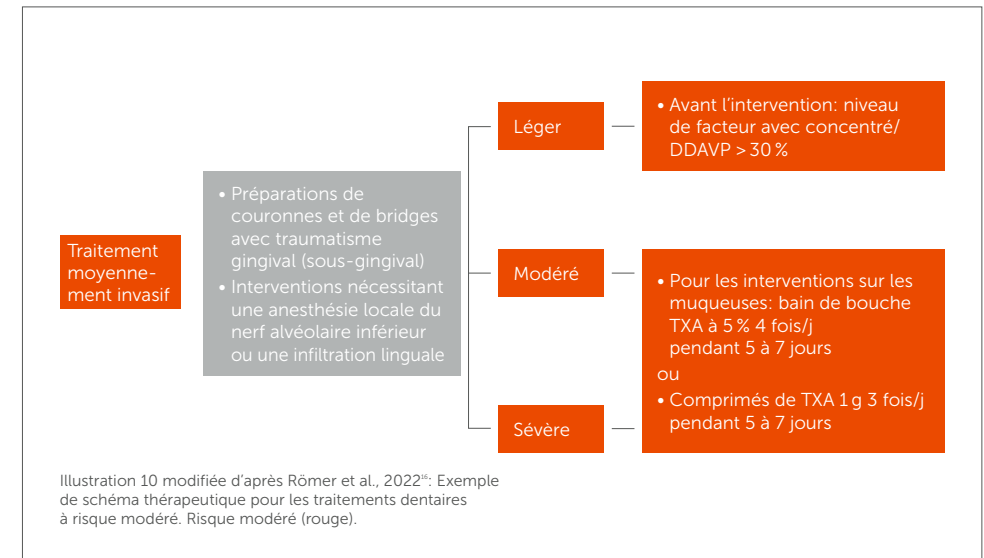
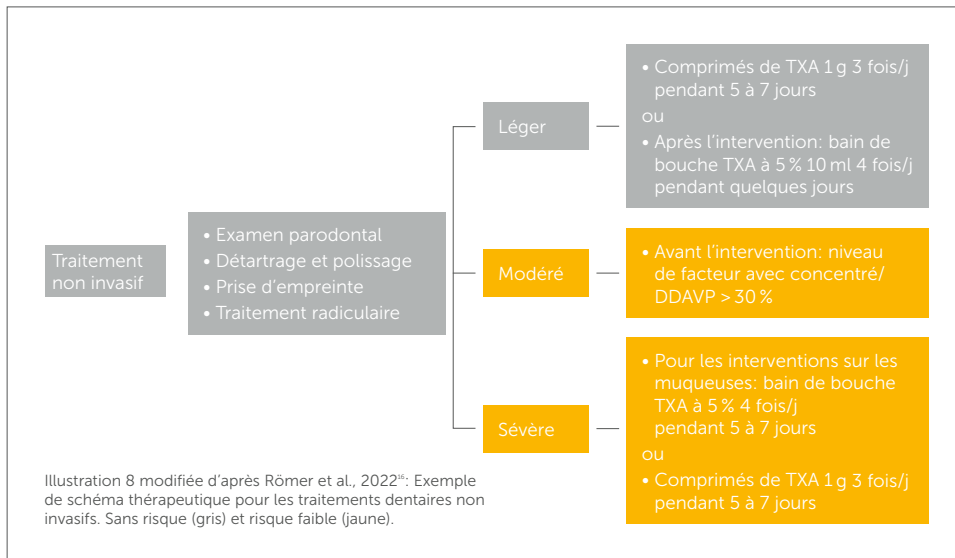
**Lignes directrices de la FMH:¹
les hémorragies aiguës doivent être traitées le plus rapidement possible, de préférence dans les 2 heures suivant leur apparition**

Indice de saignement	Protocole de sauvetage
1. Écoulement de sang minime par la plaie d'incision ou d'extraction ou par une lésion	a) Contrôle de l'hémostase par compression locale de la plaie
2. Saignements modérés liés à la présence de caillots dans le champ opératoire	Concertation préalable et éventuellement renvoi vers l'hématologue: ¹³ a) Retrait du caillot sous anesthésie locale b) Mesures hémostatiques locales (p. ex. compression à l'aide d'un coton salivaire imbibé d'acide tranexamique pendant 3 heures maximum)
3. Saignements importants	Concertation préalable et renvoi vers l'hématologue: ¹³ a) Traitement local et systémique par DDAVP ou FVIII/IX

Illustration 7 modifiée d'après Srivastava et al., 2013¹. Voir également tableau «Hémostatiques locaux».

DDAVP: desmopressine.

Schéma de traitement¹⁶



TXA: acide tranexamique; DDAVP: desmopressine.

Prévention

La médecine dentaire a évolué d'une prise en charge axée sur les soins vers une prise en charge axée sur la prévention.⁴

Les patients souffrant d'hémophilie doivent être intégrés aux programmes de prévention correspondants.⁷

Les parents des enfants touchés par l'hémophilie doivent être formés à l'hygiène dentaire dès leur plus jeune âge, car les caries et les affections de la gencive font partie, comme dans la population moyenne, des pathologies bucco-dentaires les plus courantes.¹³

Les adolescents (entre 13 et 17 ans) et les jeunes adultes (entre 18 et 30 ans) doivent faire l'objet d'une attention supplémentaire en matière de suivi bucco-dentaire et de prévention individuelle, afin de préserver une bonne hygiène bucco-dentaire.³

À partir de la puberté, la santé parodontale mérite une attention particulière. À partir de 35 ans, 80 à 90 % des patients hémophiles souffrent de parodontite ainsi que d'inflammations et des pertes osseuses en découlant.¹⁴

À quelques exceptions près (p. ex. exfoliation des dents de lait, dents à extraire en raison d'une orthodontie planifiée, extraction de dents incluses), les extractions dentaires chez les patients hémophiles sont considérées comme la conséquence d'un suivi insuffisant.⁴

Afin d'éviter les caries et les parodontites chez les patients hémophiles, il convient de respecter les principes ci-dessous:⁴

- Prise des médicaments contenant du sucre avant le brossage des dents.^{1,3,7}
- Hygiène bucco-dentaire irréprochable (qualité et fréquence du brossage des dents et formation par un professionnel).^{4,15}
- Comme en cas de risque élevé de caries, utilisation recommandée d'un dentifrice au fluor au moins 2 x par jour^{1,2,4,7} (voir recommandations locales des associations professionnelles).
- Si besoin, à partir de 8 ans, utilisation d'un bain de bouche fluoré (0.05 % NAF, 230 ppm F) pendant 30 s en complément.^{1,3,7}
- Au cours des deux premières années, le brossage doit être réalisé par les parents.
- En grandissant, les enfants doivent continuer d'être accompagnés et soutenus par leurs parents pendant le brossage des dents (réitéré par les parents au moins jusqu'à 6 ans).^{1,3,7}
- Dentifrice contenant 1 350 à 1 500 ppm F – pour les enfants de plus de 3 ans (Scottish Dental Clinical Effectiveness Program).⁴
- Renouvellement régulier de la brosse à dents.⁴
- Les limitations de la mobilité de l'épaule et/ou de la main entraînées par l'hémophilie nécessitent une modification des habitudes de brossage des dents et l'apprentissage de nouveaux outils (p. ex. brosses à dents électriques, accessoires de nettoyage interdentaire efficaces).^{1,3,7}
- Contrôle par le dentiste et application de vernis fluoré à 4 % 4 x par an au cabinet dentaire.⁴
- Utilisation de fil dentaire aussi souvent que possible. Ceci nécessite une formation par un professionnel.^{4,7}

ppm F: parts per million fluoride.

Hémostatiques locaux

Hémostatiques passifs	Source	Mécanisme	Remarques
À base de collagène			
Hémostatique à base de collagène microfibrillaire Avitene™, CollaPlug®, CollaTape®, CollaCore®	Collagène d'origine bovine	Stimule l'agrégation plaquettaire afin de former un caillot	La thrombine n'agit pas avec ce produit en raison du pH Résorbé sous 10 à 14 jours Efficace sur les saignements modérés à importants d'origine capillaire, veineuse ou artérielle (dans ce dernier cas, petits vaisseaux)
Collagène résorbable, Éponge hémostatique Helistat®	Tendons d'origine bovine (lyophilisés)	Stimule l'agrégation plaquettaire Hémostase mécanique Forme un caillot matriciel en 3D	Protège la plaie et contrôle les plaies buccales saignantes et suintantes Ne pas utiliser sur les plaies contaminées ou infectées
À base de cellulose			
Surgicel®	Cellulose régénérée et oxydée d'origine végétale	Matrice physique résorbable pour le déclenchement de la coagulation Volume multiplié par 7 à 10 Hémostase par pression mécanique	La thrombine n'agit pas avec ce produit en raison du pH Action bactériostatique plus élevée que d'autres produits S'utilise à sec Résorbé sous 4 à 8 semaines Peut ralentir la régénération osseuse
ActCel, Gelita-Cel®	Cellulose traitée stérilisée	Favorise biomécaniquement et intrinsèquement l'augmentation de l'agrégation plaquettaire Volume multiplié par 3 à 4	Disparaît en 1 à 2 semaines Pas d'influence sur la cicatrisation Hypoallergénique Bactériostatique Gelita-Cel® résorbé sous 4 jours
À base de gélatine			
Gelfoam®	Collagène à base de peau de porc	Absorbe 40 fois son poids Volume multiplié par 2 Offre une matrice de coagulation	Réponse tissulaire faible Résorbé sous 4 à 6 semaines Ne pas utiliser sur les plaies contaminées ou infectées
Hémostatiques actifs			
Thrombine	Plasma bovin, plasma humain ou ADN recombiné	Transforme le fibrinogène en fibrine	Utilisé sous forme de poudre sèche, utiliser la solution avec une éponge en gélatine ou en spray Pour les saignements modérés à importants Éviter l'injection intraveineuse dans le flux sanguin et l'utilisation dans les vaisseaux sanguins importants ouverts
FLOSEAL	Granulés de gélatine d'origine bovine enrobés de thrombine humaine (colle de thrombine)	Gonfle de 10 à 20 % Coagule mécaniquement le site du saignement Active la cascade de coagulation	Résorption en 6 à 8 semaines Peut être utilisé sur les plaies irrégulières Efficace sur les tissus mous et durs
Colles tissulaires/colles de fibrine			
TISSEEL®	Association naturelle et synthétique d'hémostatiques et de colle tissulaire	Forme une barrière imperméable à la plupart des fluides Influence l'angiogenèse des tissus et la cicatrisation	Peut être utilisé dans le cadre de greffes osseuses, en particulier en cas de sinus lift Utilisation chez les patients souffrant d'un déficit en fibrinogène Peut être utilisé chez les patients traités par héparine Inefficace en cas de saignements importants
Nouveaux hémostatiques/à base de chitosane			
HemCon®	Polysaccharide chargé positivement à base de coquilles de crustacés	Attire les érythrocytes chargés négativement et forme une grille tissulaire qui constitue un caillot artificiel	La formation du caillot est indépendante de la voie intrinsèque ou extrinsèque Efficace chez les patients traités par anticoagulants N'entraîne pas de réaction indésirable chez les patients sensibles aux crustacés

Hémostatiques locaux

Hémostatiques passifs	Source	Mécanisme	Remarques
Solutions hémostatiques			
Acide tannique	Similaire au tanin végétal (polyphénol)	Entraîne une vasoconstriction locale	
Hémostatiques passifs			
Acide tranexamique		Inhibe le plasminogène Stabilise le caillot	Peut être utilisé sous forme de bain de bouche ou rinçage périopératoire Utile en cas de petites interventions de chirurgie orale chez les patients souffrant de diathèse hémorragique ou traités par anticoagulants
Acide epsilon-aminocaproïque			Moins efficace que l'acide tranexamique
Hémocoagulase BotroClot	Dérivé de venin de serpent	Accélère la transformation de la prothrombine en thrombine Entraîne la transformation du fibrinogène en monomère de fibrine	Contre-indiqué en cas de risque de thrombose
Agents hémostatiques osseux			
Bone wax	Mélange de cire d'abeille et de paraffine	Tamponnement physique des saignements intraosseux	Non résorbable Perturbe la consolidation osseuse locale À utiliser avec précaution en cas de greffes osseuses ultérieures
Ostene	Copolymère Oxyde d'alkylène Hydrosoluble	Utilisation similaire au bone wax	Éliminé par l'organisme sous 48 h N'entraîne pas d'infection ni de réaction inflammatoire et ne nuit pas à la consolidation osseuse

Tableau 2 modifié d'après Halpern et al., 2020²

Remerciements et conclusion

Sobi remercie les auteures de cette brochure, Dr med. Tamara Diesch, Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKBB), et Dr med. dent. Cornelia Filippi pour la rédaction, ainsi que Prof. Dr med. dent. Andreas Filippi (UZB) pour sa relecture critique.

Cette brochure ne reflète pas les recommandations de Sobi. Sobi ne recommande aucun traitement particulier, ni doses médicamenteuses et ne délivre aucun conseil de traitement. Avant d'administrer les médicaments évoqués dans cette monographie, il est fortement recommandé de demander un avis médical et/ou de consulter les informations professionnelles fournies par l'entreprise pharmaceutique.

Références:

1. Srivastava A et al. Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia*. 2013;19:e1 – e47. 2. Peters R, Harris T. Advances and innovations in haemophilia treatment. *Nat Rev Drug Discov*. 2018;17(7):493 – 508. 3. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A et al. WFH guidelines for the management of hemophilia, 3rd edition. *Haemophilia*. 2020 Aug;26 Suppl6:1 – 158. 4. Croteau SE, Wang M, Wheeler AP. 2021 clinical trials update: innovations in hemophilia therapy. *Am J Hematol*. 2021 Jan;96(1):128 – 144. 5. Anderson JA, Brewer A, Creagh D et al. Guidance on the dental management of patients with haemophilia and congenital bleeding disorders. *Br Dent J*. 2013 Nov;215(10):497 – 504. doi: 10.1038/sj.bdj.2013.1097. PMID: 24264665. 6. Mukul S, Agrawal A. Management of Hemophilia: A Dental consideration. *Journal of Orofacial Research*. 2018; 7(3):27 – 31. 7. Yee R, Duggal MS, Wong VYY et al. An Update on the Dental Management of Children with Haemophilia. *Prim Dent J*. 2021 Dec;10(4):45 – 51. 8. Shastry SP, Kaul R, Baroudi K, Umar D. Hemophilia A: Dental considerations and management. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2014 Dec;4(Suppl 3):S147 – 52. 9. Gatti PC, Parreira M, Gutierrez Fillol A et al. Prospective observational study on the clinical behaviour of dental implants in patients with haemophilia. Preliminary results. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2022 Feb;60(2):157 – 161. 10. Brown MC, Hastie E, Shumake C et al. Dental habits and oral health in children and adolescents with bleeding disorders: A single-institution cross-sectional study. *Haemophilia*. 2022 Jan;28(1):73 – 79. 11. Dougall A, Apperley O, Smith G et al. Safety of buccal infiltration local anaesthesia for dental procedures. *Haemophilia*. 2019 Mar;25(2):270 – 275. 12. Halpern LR, Adams DR, Clarkson E. Treatment of the Dental Patient with Bleeding Dyscrasias: Etiologies and Management Options for Surgical Success in Practice. *Dent Clin North Am*. 2020 Apr;64(2):411 – 434. 13. Zaliuniene R, Peciuniene V, Brukiene V, Aleksejuniene J. Hemophilia and oral health. *Stomatologija*. 2014;16(4):127 – 31. PMID: 25896036. 14. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007; World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:1 – 8. 15. Srivastava A et al. WFH Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia*. 2020;26(Suppl 6):1 – 158. 16. Römer P et al. Bleeding disorders in implant dentistry: a narrative review and a treatment guide. *Int J Implant Dent*. 2022 Apr 16;8(1):20.

Les professionnels peuvent demander les références mentionnées.

Questionnaire Hémophilie

Nom du patient			
Téléphone du patient			
Nom de l'hématologue référent			
Téléphone de l'hématologue référent			
Type d'hémophilie	<input type="checkbox"/> Hémophilie A	<input type="checkbox"/> Hémophilie B	
Degré de sévérité de l'hémophilie	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> modérée	<input type="checkbox"/> sévère
Administration de facteur	<input type="checkbox"/> régulière		<input type="checkbox"/> uniquement à la demande
Anticorps	<input type="checkbox"/> présents		<input type="checkbox"/> absents
Hémorragies secondaires à des soins dentaires	<input type="checkbox"/> ne se sont jamais produites	<input type="checkbox"/> peuvent être arrêtées localement	<input type="checkbox"/> Administration de facteur nécessaire

Sobi est une marque de Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).
© 2023 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ). Tous droits réservés.



Swedish Orphan Biovitrum AG

Messeplatz 10, 4058 Bâle, Tél. +41 41 220 24 40
mail.ch@sobi.com, www.sobiswiss.ch