

GUIDE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Prise en charge bucco-dentaire des personnes atteintes d'une maladie hémorragique

HÉMOPHILIES, WILLEBRAND, THROMBOPATHIE
ET AUTRES DÉFICITS EN FACTEUR DE LA COAGULATION

+ FICHES
CONSEILS



Sommaire

2

PRÉCAUTIONS PRINCIPALES 5

PRÉVENTION 8

LES ANESTHÉSIES 9

LES SOINS PARODONTAUX 10

LES SOINS CONSERVATEURS, ENDODONTIQUES ET PROTHÉTIQUES 12

LA CHIRURGIE 14

L'ORTHODONTIE 15

BIBLIOGRAPHIE 16

QUELQUES RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE MALADIE HÉMORRAGIQUE 17

Ce guide a été conçu pour les professionnels de santé mais les personnes atteintes d'une maladie hémorragique rare peuvent utilement s'en servir. Quand vous irez chez le dentiste prenez cette brochure avec vous. Elle sera un outil de dialogue entre ce dernier, vous même et le CRC-MHC* (ex CRTH)**

* Centre de Ressources et de Compétences - Maladies Hémorragiques Constitutionnelles

** Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie

Edito

3

Nous parlerons ici d'une part des DHPC* qui comprennent les hémophilies (déficit en FVIII ou hémophilie A ; déficit en FIX ou hémophilie B) les déficits en facteur de Willebrand (type 1, 2 ou 3), les déficits des autres protéines de la coagulation : Fibrinogène (afibrinogénémie ou hypofibrinogénémie), FII, FV, FVII, FX, FXI, FXIII et d'autre part des pathologies plaquettaires de type thrombopathie (Thrombasthénie de Glanzmann ou Syndrome de Bernard et Soulier...).

Ces pathologies sont des maladies rares et restent pour beaucoup peu connues. Ces patients ont en commun de connaître un déficit en un des facteurs de l'hémostase mais le risque de saignement n'est pas équivalent selon le déficit. Certains déficits sévères comme l'hémophilie, la maladie de Willebrand de type 3, les déficits en FVII, FXIII ou l'afibrinogénémie justifient actuellement d'un traitement dit « prophylactique » par facteur de coagulation.

Dans les autres formes non sévères, le traitement dépend souvent des manifestations cliniques que présente le patient et ces dernières sont souvent post-traumatiques ou post chirurgicales.

Pour tous les patients, des gestes simples au quotidien permettent de limiter l'apparition d'accident plus grave et/ou de complication.

Les soins dentaires doivent-ils être limités ou contre-indiqués chez ces patients ?

Non, au contraire, un suivi est indispensable dès le plus jeune âge. Il faut lutter contre les dépôts de tartre et autre source d'inflammation des gencives, première cause de gingivorragies.

Les enfants doivent apprendre très tôt à prendre soin de leurs dents même s'ils savent qu'ils vont en changer une fois !

Les soins de surveillance peuvent être réalisés sans crainte ; mais tout geste sur la gencive (y compris détartrage) ou geste chirurgical devra être réalisé après l'avis du médecin spécialiste, afin de savoir si un traitement substitutif est nécessaire.

Certains médicaments restent toutefois déconseillés ou contre indiqués dans ce contexte, il s'agit : des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de l'acide acétyl salicylique et dérivés.

Nicolas Giraud
Patient ressource AFH

Dr Lucia Rugeri
HCL-Lyon

Dr Sandrine Meunier
HCL-Lyon

Dr Anne-Gaëlle Chauv-Bodard
Faculté d'Odontologie
et Centre Léon Bérard – Lyon

Dr Alexia Holtz
Lyon

* Déficiences héréditaires en protéine de la coagulation.

P A S

**D'ANTI-INFLAMMATOIRE
NON STÉROÏDIEN
OU D'ACIDE ACETYL
SALICYLIQUE
S A N S A V I S
DU SPÉCIALISTE**

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES

5

La prise en charge des patients ayant une pathologie hémorragique dépend à la fois du type de pathologie, de sa sévérité et de l'acte réalisé. Les patients porteurs d'un déficit en facteur de la coagulation ne sont pas des patients sous traitement antithrombotique (comme les antivitamines -K, les anticoagulants oraux directs, les héparines ou les antiagrégants plaquettaires), on ne peut donc pas raisonner de la même façon, notamment chez les patients avec un déficit sévère (tableau ci-dessous).

ESTIMATION DU RISQUE HÉMORRAGIQUE

HÉMOPHILIE A (FVIII) OU B (FIX)

IMPORTANT

Taux de FVIII ou FIX
<1%

MODÉRÉ

Taux de FVIII ou FIX
>1 et <5%

MINEUR

Taux de FVIII ou FIX
>5 et <40%

ABSENT

Taux de FVIII ou FIX
>40%

FVII

IMPORTANT

Taux de FVII
<10%

MODÉRÉ

Taux de FVII
>10 et <20%

MINEUR

Taux de FVII
>20 et <30%

ABSENT

Taux de FVII
>30%

THROMBOPATHIES

IMPORTANT

Thrombasthénie
de Glanzmann;
Syndrome de
Bernard et Soulier
(SBS)

MODÉRÉ

----- Dépendra du type de thrombopathie -----

MINEUR

ABSENT

FACTEUR DE WILLEBRAND

IMPORTANT

----- Dépendra du type et du taux de facteur Willebrand et de FVIII -----

MODÉRÉ

MINEUR

ABSENT



Pour les personnes atteintes d'hémophilie ou autres déficits sévères, une bonne hygiène bucco-dentaire est essentielle pour empêcher l'apparition d'une maladie parodontale et de caries, qui prédisposent au saignement des gencives^(1; 2). Les examens dentaires doivent être réalisés régulièrement, dès l'apparition des dents du nourrisson⁽¹⁾.

Une évaluation orthodontique doit être réalisée pour tous les patients à partir de 6 ans afin de déterminer la présence de problèmes associés à une malocclusion, susceptibles de provoquer une maladie parodontale si elle n'est pas traitée⁽¹⁾.

Si l'acte à réaliser est peu invasif et si le type de pathologie est peu sévère, les précautions à prendre seront minimales. Par contre si le patient a une pathologie plus sévère il faudra restaurer et maintenir une hémostase à un niveau acceptable à l'aide de mesures locales ou générales^(3; 4).

Chez ces patients, il est important de limiter le traumatisme des muqueuses, pour ce faire il faudra :

- Utiliser les canules d'aspiration avec précaution
- Être vigilant lors du retrait du porte-empreinte
- Faire attention à ne pas blesser le plancher buccal avec les films ou capteurs radiologiques
- Protéger les tissus mous à l'aide d'une digue⁽⁶⁾.

Les soins courants, l'extraction dentaire ou les procédures chirurgicales doivent être effectués avec un plan de gestion de l'hémostase établi en collaboration avec le médecin spécialiste⁽⁷⁾, même si la plupart du temps les soins courants peuvent être réalisés en cabinet.

Cette prise en charge et ce contact devront être anticipés.

**CHAQUE CAS ET CHAQUE ACTE EST UNIQUE
ET DEVRA ETRE DISCUTÉ
AVEC LE MEDECIN SPECIALISTE
AVANT DE DÉBUTER TOUT TRAITEMENT⁽⁵⁾**

**UNE COLLABORATION ETROITE
ENTRE LE CHIRURGIEN-DENTISTE
ET L'ÉQUIPE D'HÉMOSTASE EST ESSENTIELLE
POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE**

PRÉVENTION

LA PREVENTION REPOSE SUR :

LE BROSSAGE :

Conseiller un brossage bi-quotidien dès les premières dents à l'aide d'une brosse à dent souple et d'un dentifrice adapté à l'âge. L'utilisation de brossettes inter-dentaires ou du fil dentaire afin d'éviter ou de lutter contre les problèmes parodontaux n'est pas contre-indiquée.

LA SUPPLEMENTATION EN FLUOR :

Ne doit pas être systématique.

L'ALIMENTATION :

La consommation d'aliments ou boissons sucrées ou acides doit être limitée au maximum.

LES VISITES de contrôle doivent être régulières chez le chirurgien-dentiste (environ tous les 6 mois⁽⁶⁾).



LES ANESTHÉSIES

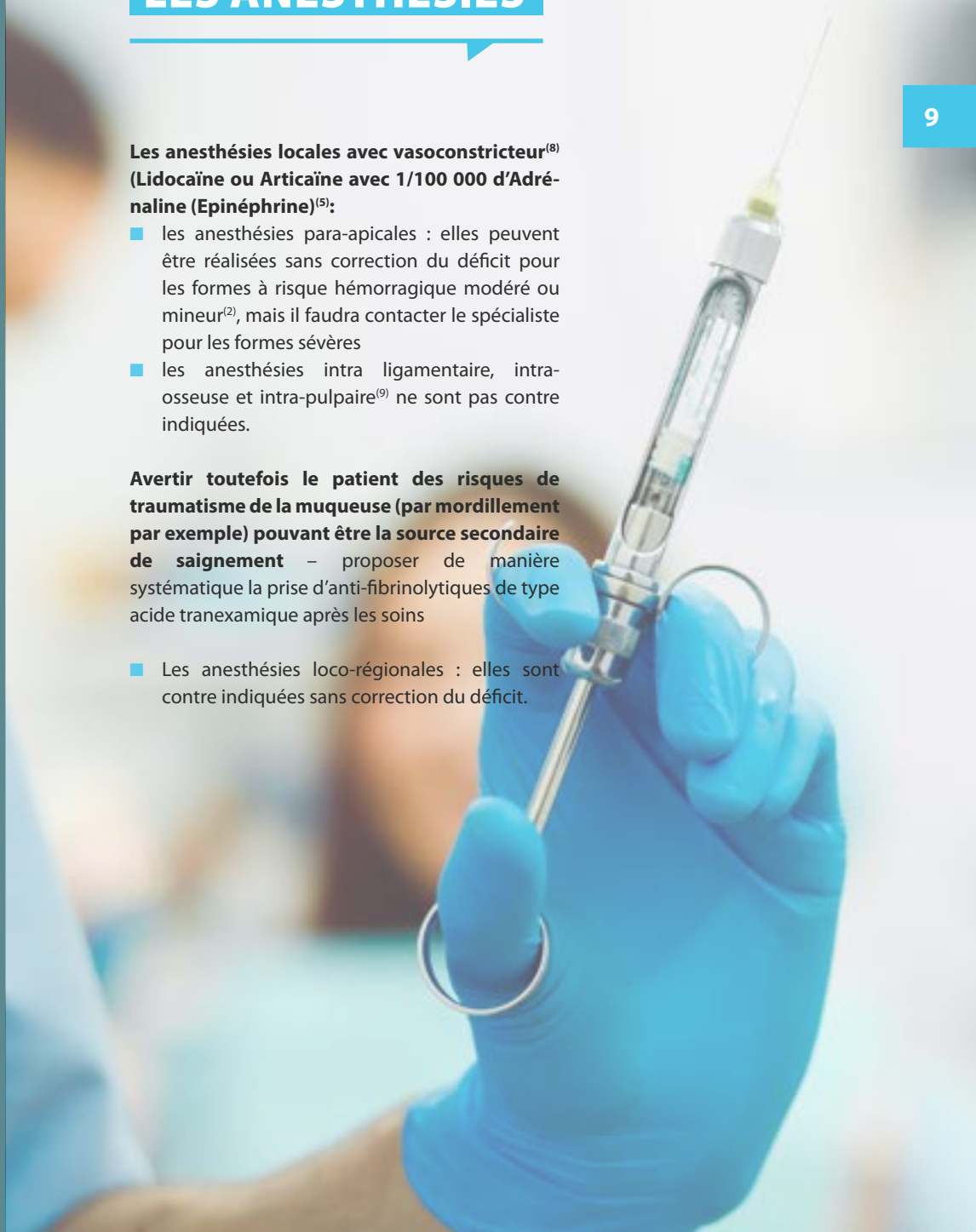
9

Les anesthésies locales avec vasoconstricteur⁽⁸⁾ (Lidocaïne ou Articaïne avec 1/100 000 d'Adrénaline (Epinéphrine)⁽⁹⁾):

- les anesthésies para-apicales : elles peuvent être réalisées sans correction du déficit pour les formes à risque hémorragique modéré ou mineur⁽²⁾, mais il faudra contacter le spécialiste pour les formes sévères
- les anesthésies intra ligamentaire, intra-osseuse et intra-pulpaire⁽⁹⁾ ne sont pas contre indiquées.

Avertir toutefois le patient des risques de traumatisme de la muqueuse (par mordillement par exemple) pouvant être la source secondaire de saignement – proposer de manière systématique la prise d'anti-fibrinolytiques de type acide tranexamique après les soins

- Les anesthésies loco-régionales : elles sont contre indiquées sans correction du déficit.



LES SOINS PARODONTAUX*

10

En règle générale la réalisation d'un détartrage, dans le cadre de suivi et de soins préventifs, peut se faire sans traitement substitutif particulier chez les porteurs d'un déficit en facteur de coagulation ou de thrombopathie, même pour les formes les plus sévères.

Dans tous les cas, on conseillera la mise en place après ces soins de bains de bouche d'eau glacée + d'anti-fibrinolytiques de type acide tranexamique, au moins durant 24 heures.

Dans toutes les autres situations, le médecin spécialiste du patient doit être consulté avant tout acte afin de décider du protocole à mettre en place.

On sera également plus prudent chez les patients ayant déjà présenté un saignement sur ce type de geste dans le passé, il faudra alors reprendre contact avant avec le médecin spécialiste en charge du patient.

** Soins relatifs au parodonte (ensemble des tissus de soutien de la dent comme la gencive ou encore les os alvéolaires)*



EXEMPLE DE SOINS PARODONTAUX

TYPE DE SOIN PARADONTAL	RISQUE HÉMORRAGIQUE	TRAITEMENT AVANT / APRÈS
Détartrage	Mineur	<ul style="list-style-type: none">• Sauf antécédent pas de traitement substitutif systématique• Bains de bouche eau glacée et Acide Tranexamique en post soins
Surfaçage radiculaire	Modéré	<ul style="list-style-type: none">• Contact avec le médecin spécialiste• Traitement substitutif préalable dans les formes les plus sévères• Pour les autres, à discuter au cas par cas
Chirurgie parodontale	Modéré à important	<ul style="list-style-type: none">• Contact avec le médecin spécialiste pour évaluer le risque et le traitement à mettre en place

P A S
D'ANESTHÉSIE
LOCO-RÉGIONALE
S A N S
CORRECTION

LES SOINS CONSERVATEURS, ENDODONTIQUES* ET PROTHÉTIQUES**

12

En règle générale la réalisation des soins de carie superficielle, peut se faire sans traitement particulier chez les porteurs d'un déficit en facteur de coagulation ou de thrombopathie, même pour les formes les plus sévères.

Le médecin spécialiste du patient devra être consulté avant tout acte impliquant un saignement (pose de matrice, clamp...).

Les soins endodontiques sont généralement à faible risque pour les patients avec des pathologies de l'hémostase. Il faudra toutefois veiller à ne pas dépasser la longueur de travail. L'hypochlorite de sodium sera utilisé pour l'irrigation suivie de l'utilisation d'hydroxyde de calcium si un saignement persiste dans le canal⁽²⁾.

Chez les patients porteurs d'un DHPC ou d'une thrombopathie constitutionnelle, les traumatismes des tissus mous doivent être évités autant que possible. Pour cela, la mise en place d'une digue permet de protéger les tissus mous.

Le risque de saignement lors de la mise en place de matrices et de coins de bois peut être contrôlé par des moyens locaux ou l'application d'agents topiques⁽⁶⁾.

Les soins prothétiques ne sont généralement pas à risque de saignement. Il faudra néanmoins veiller à limiter les traumatismes gingivo-muqueux et à avoir un bon ajustement des prothèses⁽³⁾.

** Le traitement endodontique consiste à : éliminer ce qui reste de tissus vivants infectés ou potentiellement infectés à l'intérieur de la dent (pulpe dentaire)*

*** La prothèse dentaire est la partie de la dentisterie qui s'occupe essentiellement de remplacer les dents absentes.*





EXEMPLE DE SOINS CONSERVATEURS, ENDODONTIQUES ET PROTHÉTIQUES

13

TYPE DE SOIN CONSERVATEUR	RISQUE HÉMORRAGIQUE	TRAITEMENT AVANT /APRÈS
Caries	Aucun	• Non
Traitement endodontique	Mineur	• Contact avec le médecin spécialiste
Pose de clamp, de matrice	Mineur	• Contact avec le médecin spécialiste • Traitement substitutif préalable dans les formes les plus sévères • Pour les autres, à discuter au cas par cas
Prothèse (préparations supra gingivales)	Mineur	• Contact avec le médecin spécialiste pour évaluer le risque et le traitement à mettre en place • Traitement substitutif pour les formes sévères
Prothèse (préparations infra ou juxta gingivales)	Mineur à modéré	• Contact avec le médecin spécialiste • Traitement substitutif • Moyens locaux d'hémostase



LA CHIRURGIE

Les actes chirurgicaux sont les plus à risques hémorragiques pour les patients porteurs de DHPC ou de thrombopathie. Le médecin spécialiste du patient doit être consulté avant tout geste chirurgical afin de décider du protocole à mettre en place.

Les patients avec les formes sévères pourront justifier d'un traitement dans des centres spécialisés⁽³⁾.

En cas de thrombopathie ou de thrombopénie sévère $< 50.000/mm^3$, les interventions chirurgicales non urgentes seront différées afin d'organiser la correction du trouble plaquettaire.

En cas d'urgence, les soins sanglants seront réalisés après contact avec le médecin spécialiste pour une décision du traitement substitutif ou transfusion plaquettaire⁽⁸⁾.

EXEMPLE DE SOINS CHIRURGICAUX

En cas de nécessité d'extraction il faudra comme pour tout acte chirurgical prendre contact avec le médecin spécialiste.

TYPE DE SOIN CHIRURGIE	RISQUE HÉMORRAGIQUE	TRAITEMENT AVANT / APRÈS
Avulsion* simple Implant unitaire Chirurgie endodontique	Mineur	<ul style="list-style-type: none">• Contact avec le médecin spécialiste• Traitement substitutif préalable dans les formes les plus sévères• Pour les autres, à discuter au cas par cas
Chirurgie localisée à un sextant Chirurgie des kystes	Modéré	<ul style="list-style-type: none">• Contact avec le médecin spécialiste pour évaluer le risque et le traitement à mettre en place• Traitement substitutif pour les formes sévères
Chirurgies étendues à un ou plusieurs quadrants, y compris dents de sagesse, Avulsions multiples, Implants multiples, Greffes tissulaires	Important	<ul style="list-style-type: none">• Contact avec le médecin spécialiste• Traitement substitutif• Moyens locaux d'hémostase

15

** Intervention chirurgicale permettant d'extraire une ou plusieurs dents.*

MOYENS LOCAUX D'HÉMOSTASE APRÈS AVULSION DENTAIRE⁽⁴⁾

- agents hémostatiques locaux (*collagène, oxycellulose*)
- sutures
- compression locale pendant 10 minutes
- acide tranexamique (*compression ou bain de bouche passif*)
- colles biologiques (*usage hospitalier*)
- gouttière de compression (*silicone ou résine*)

L'ORTHODONTIE

Les traitements orthodontiques peuvent être réalisés à condition de veiller à ce que les bagues ou autre matériel ne blessent pas les tissus et que le patient assure une hygiène parfaite et non traumatique⁽³⁾.



BIBLIOGRAPHIE

- 1-Lignes directrices pour la prise en charge de l'hémophilie - 2^e édition – page Web de la World Federation of Haemophilia - www.wfh.org/fr/resources/wfh-treatment-guidelines-fr
- 2-Friedman M, White B, Dougall AJ. An audit of the protocol for the management of patients with hereditary bleeding disorders undergoing dental treatment. *J Disab Oral Health* 2009;10(4):151-55.
- 3-Anurag Gupta, Joel B. Epstein, Robert J. Cabay, Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management, *Jcda* February 2007, Vol. 73, No. 1
- 4-Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. Recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale; juillet 2015.
- 5-Philip Vassilopoulos Kent Palcanis; Bleeding disorders and periodontology; *Periodontology* 2000, Vol. 44, 2007, 211–223
- 6-Maria Elvira Correa, Andrew Brewer, guidelines for dental treatment of patients with inherited bleeding disorders, *World Federation of Hemophilia*, 2006, numéro 40
- 7-Hermans C, Altisent C, Batorova A, et al.; European Haemophilia Therapy Standardisation Board. Replacement therapy for invasive procedures in patients with haemophilia: literature review, European survey and recommendations. *Haemophilia* 2009;15(3):639-58
- 8-Meftah F, Bregame M, Ouanza A, Conduite à tenir devant les hémopathies en odontostomatologie Université Abou-bakr Belkaid Faculté de Médecine Département de Médecine Dentaire; consultable <https://fr.slideshare.net/fatisio/conduite-tenir-devant-les-hmopathies-en-parodontologie> publié le 29/08/2014
- 9-J Naveen Kumar, R Anil Kumar, R Varadarajan, N Sharma; Specialty dentistry for the hemophiliac: Is there a protocol in place? Year : 2007 | Volume : 18 | Issue : 2 | Page : 48-54
- 10-Sara Israels, Nora Schwetz, Ron Boyar, Archie McNicol; Bleeding disorders : characterization, dental consideration and management; *JCA w w.w.cda-adc.ca /jcda* • November 2006, Vol. 72, No. 9
- 11-Commission des dispositifs médicaux de l'association dentaire française; Risques médicaux guide de prise en charge par le chirurgien dentiste; 2013

**QUELQUES
RECOMMANDATIONS
GÉNÉRALES
POUR LES PERSONNES
ATTEINTES
D'UNE MALADIE
HÉMORRAGIQUE RARE**

RECOMMANDATION #1

18

DÈS L'ENFANCE IL FAUT LUTTER CONTRE LES CARIES

Chez l'enfant et l'adolescent :

- Programme « M'T dents » : examens de prévention proposés dans le cadre du programme de prévention de l'Assurance maladie aux enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.
- La HAS* recommande à tous les enfants et adolescents de 6 à 18 ans un examen de contrôle annuel. Cette fréquence doit être adaptée en fonction du risque carieux. Le brossage des dents doit être réalisé par un adulte pour les enfants de 0 à 3 ans puis supervisé entre 3 à 6 ans

Pour tous :

- Importance d'un brossage des dents au minimum deux fois par jour avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge.
- À tout âge, la sensibilisation des personnes au maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est nécessaire.
- Un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste afin d'aborder la santé bucco-dentaire dans son ensemble, prévention et soins. La fréquence doit être adaptée en fonction des besoins de la personne en soins et en prévention.

* Haute autorité de santé.

EVITER LES CARIES PRÉCOCES, C'EST-À-DIRE AVANT 3 ANS :

Pour que votre bébé ne soit pas atteint, Il faut éviter le plus possible après l'apparition des dents la multiplication de biberons sucrés surtout quand ils sont nocturnes (même un biberon de lait est source de caries). Il ne faut pas donner un biberon sucré à son bébé après le brossage des dents.

En plus de la consommation de sucres et de glucides, la présence de bactéries est une condition à la formation des caries. Or, les bactéries n'existent pas à la naissance dans la bouche de l'enfant. Elles sont souvent transmises par les parents. En effet, la carie est une maladie bactérienne transmissible.



Le contenu de l'information de prévention destinée aux parents, dans le but de prévenir la carie précoce de l'enfant, a été précisé par l'ANSM*, la SFOP** et l'UFSBD*** :

- Ne pas laisser la nuit à disposition de l'enfant un biberon contenant autre chose que de l'eau pure ;
- Ne pas vérifier la température de la nourriture en la goûtant avec la même cuillère que celle destinée à nourrir l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;
- Ne pas lécher la tétine pour la nettoyer avant de la donner à l'enfant (prévention de la transmission des bactéries cariogènes au nourrisson) ;
- Nettoyer les dents de l'enfant dès leur éruption (à environ 6 mois) avec une compresse humide ou à l'aide d'une brosse à dent imprégnée d'une trace de dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm ;
- Dès l'apparition des premières molaires temporaires (vers 12-18 mois) un brossage au moins quotidien avec un dentifrice fluoré inférieur ou égal à 500 ppm est recommandé. La quantité de dentifrice à utiliser doit être de la grosseur d'un petit pois
- A partir de 3 ans, un dentifrice fluoré à 500 ppm est recommandé ;
- Jusqu'à 3 ans, le brossage doit être réalisé par un adulte ;
- La carie en denture temporaire ne doit pas être négligée.

* Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

** Société Française d'Odontologie Pédiatrique
*** Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

RECOMMANDATION #2

BROSSAGE DES DENTS

20



AVEC QUOI : brosse à dent souple de préférence et un dentifrice adapté à l'âge

COMMENT :

Avant 6 ans : méthode 1.2.3.4 (UFSBD) :

« Toutes les dents nous brosserons jusqu'à la grosse dent du fond »

- 1- On commence par le bas à gauche, un seul côté à la fois...
- 2- Puis le côté droit cette fois, pour finir avec les dents du bas...
- 3- On passe en haut à droite, la brosse retournée cette fois...
- 4- Et on termine en haut à gauche



APRÈS 6 ANS : MÉTHODE BROS (UFSBD)

- Brossez haut et bas séparément
- Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc
- Oblique : on incline la brosse à 45° sur la gencive
- Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

NE PAS OUBLIER LE NETTOYAGE INTER DENTAIRE :

De préférence au moins une fois par jour le soir après le brossage afin d'avoir une bouche parfaitement propre durant votre sommeil avec :

- Du fil dentaire
- Des brossettes inter-dentaires (lorsque les espaces entre les dents sont plus larges)

Il est aussi possible d'utiliser le porte-fil pour les jeunes patients afin de les guider pour le passage du fil.

MON SUIVI DENTAIRE ... À TOUT ÂGE

QUAND DÉMARRER : dès les premières dents

21

QUEL RYTHME ?

Entre 6 mois et 1 an : L'éruption des premières dents est **entre 1 an et 2 ans** au passage de l'alimentation semi-liquide à une alimentation solide souvent la même que celle du reste de la famille, un bilan des facteurs de risque carieux de l'enfant doit être réalisé par un professionnel de santé

À 3 ans, une séance de prévention bucco-dentaire est recommandée. Elle doit être l'occasion d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de réaliser un bilan des apports fluorés et d'interroger la famille proche sur son état de santé général dont bucco-dentaire.

Après 6 ans et pour la vie : suivis 1 fois par an au minimum

LA POUSSÉE DENTAIRE

EN HAUT

- 1- INCISIVE CENTRALE : 8-12 MOIS
- 2- INCISIVE LATÉRALE : 9-13 MOIS
- 3- CANINE : 16-22 MOIS
- 4- 1^{ÈRE} MOLAIRE : 13-19 MOIS
- 5- 2ND MOLAIRE : 25-33 MOIS

EN BAS

- 1- 2ND PRÉMOLAIRE : 23-31 MOIS
- 2- 1^{ÈRE} PRÉMOLAIRE : 14-18 MOIS
- 3- CANINE : 17-23 MOIS
- 4- INCISIVE LATÉRALE : 10-16 MOIS
- 5- INCISIVE CENTRALE : 6-10 MOIS



LA SÉRIE DE 2008/08/11

RECOMMANDATION #3

SAIGNEMENTS DE GENCIVES OU DE LA BOUCHE

22

La première cause de saignements de gencives est liée à un brossage de dents non régulier et/ou mal exercé.

COMMENT FAIRE UN BAIN DE BOUCHE AVEC LES ANTIFIBRINOLYTIQUES ?

- Faire rincer la bouche à l'eau froide/glacée ou pour les plus jeunes : faire boire de l'eau glacée (ou sucer des glaces/glaçons)
- **Pour les plus grands : bain de bouche d'acide tranexamique :**
 - « casser l'ampoule, la verser dans un verre et faire prendre à l'enfant une gorgée qu'il doit garder dans la bouche pendant 5 mn au minimum et si possible renouveler une 2^e fois. Le produit peut être avalé sans risque ou recraché doucement. »
 - On peut y associer la prise d'acide tranexamique par voie orale pendant quelques jours (2 à 3 prises par jour)
- **Pour les plus petits ou si difficile de faire prendre l'acide tranexamique :**
 - Faire comprimer la plaie avec une compresse imbibée d'acide tranexamique 5 à 10 mn minimum puis faire avaler une demi-ampoule d'acide tranexamique (environ 20 à 30 mg/kg/j)
 - On peut y associer la prise d'acide tranexamique par voie orale pendant quelques jours (2 à 3 prises par jour)
- Ensuite, conseiller une alimentation semi liquide tiède ou froide pendant 48h pour éviter une vasodilatation et la reprise du saignement
- Interdire (si possible !) les tétines et tout objet de succion, qui sont les responsables des récurrences, pendant 48h si possible



RECOMMANDATION #4

CHUTE DES DENTS DE LAIT

23



La chute des dents de lait est un phénomène normal (physiologique). Les saignements sont en général peu abondants et s'arrêtent spontanément. Ce sont les lésions de la gencive (dus à une mobilité prolongée ou une pousse anormale) qui vont contribuer à aggraver le saignement.

En cas de problème, on peut utiliser :

- Le froid : glace, eau froide
- **Pour les plus petits ou si difficile de faire prendre l'acide tranexamique :**
 - faire comprimer la plaie avec une compresse imbibée d'acide tranexamique 5 à 10 mn minimum puis faire avaler une demi-ampoule d'acide tranexamique (environ 20 à 30 mg/kg)
- **Pour les plus grands : bain de bouche d'acide tranexamique :**
 - « casser l'ampoule, la verser dans un verre et faire prendre à l'enfant une gorgée qu'il doit garder dans le bouche pendant 5 mn au minimum et si possible renouveler une 2^e fois. Le produit peut être avalé sans risque ou recraché doucement. »
 - Dans tous les cas, on peut y associer la prise d'acide tranexamique par voie orale pendant quelques jours (2 à 3 prises par jour)



Pour plus d'informations

CONTACTEZ

L'Association française des hémophiles

6, rue Alexandre Cabanel - 75739 PARIS cedex 15

Tél. : 01 45 67 77 67 - E-mail : info@afh.asso.fr

Les Centres de Ressources et de Compétences Maladies Hémorragiques Constitutionnelles

Retrouvez toutes les coordonnées sur :

www.afh.asso.fr ou sur www.orpha.net

Plus d'informations sur www.mhemo.fr



Edition Mai 2018

La reproduction de ce document est libre de droit mais sans qu'il soit fait de retrait ou d'ajout et en indiquant la mention suivante : « Prise en charge bucco-dentaire des personnes atteintes de maladies hémorragiques - Association française des hémophiles - Mai 2018 ».

Conception rédaction : Dr Lucia Rugeri, Dr Anne-Gaëlle Chaux-Bodard, Dr Alexia Holtz, Dr Sandrine Meunier

Groupe de lecture : Nicolas Giraud, Thomas Sannié, Commissions Willebrand et Femmes de l'AFH, Bureau de la SFCO

Création graphique : Bérengère Blaize



Association française
des hémophiles

COMMISSION
WILLEBRAND



COMMISSION
FEMMES



COMMISSION
PATHOLOGIES PLAQUETTAIRES

