

AYHAN YILDIRIM¹
HEINZ-THEO LÜBBERS¹
ALI YILDIRIM²

¹ Clinique et policlinique de Chirurgie buccale et maxillo-faciale, Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich, Suisse

² Clinique de soins intensifs chirurgicaux, Hôpital universitaire de Zurich, Suisse

CORRESPONDANCE

Dr. med. Ayhan Yildirim
UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Traumatologie
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
Tél. +41 44 255 27 55
E-mail: Ayhan.Yildirim@usz.ch

RÉDACTION

PD Dr. Dr. med. Heinz-Theo Lübbers
Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Archstrasse 12
CH-8400 Winterthur
Tél. +41 52 203 52 20
E-mail: info@luebbers.ch

Les patients sous traitement anticoagulant par les antagonistes de la vitamine K ou par les nouveaux anticoagulants oraux

Les patients traités par des médicaments anticoagulants afin de prévenir les thromboses et les embolies sont de plus en plus nombreux.

Antagonistes de la vitamine K (AVK)

Les dérivés anticoagulants de la coumarine tels que la phenprocoumone (Marcoumar[®], Falithrom[®]), la warfarine (Coumadin[®]) et l'acénocoumarol (Sintrom[®]) sont des médicaments très largement utilisés, qui inhibent en tant qu'antagonistes de la vitamine K la gamma-carboxylation de l'acide glutamique lors de la synthèse hépatique des facteurs de coagulation II, VII, IX et X, ainsi que la synthèse hépatique des protéines inhibitrices C et S. La capacité de ces différentes protéines à lier le calcium est perdue en raison de ces processus, et la concentration sanguine des facteurs de coagulation susceptibles d'être activés diminue. Ces mécanismes ralentissent la capacité de coagulation du sang. Le plus souvent, la plage thérapeutique est atteinte quatre à cinq jours après le début du traitement. Les principales indications des AVK suivantes: prophylaxie des événements thromboemboliques lors de fibrillation auriculaire chronique; après remplacement biologique (pendant 3 mois) ou mécanique (à vie) d'une valve cardiaque; lors de thromboses veineuses profondes et/ou d'embolies pulmonaires. Les paramètres de la coagulation sanguine du patient doivent être contrôlés régulièrement au moyen du «rapport international normalisé» (INR). Le temps de Quick anciennement utilisé (exprimé en pourcentage de la valeur de coagulation physiologique) présente des divergences trop im-

portantes pour la surveillance du traitement anticoagulant.

Idéalement, la valeur de l'INR doit être comprise entre 0,9 et 1,2 le jour de l'intervention chirurgicale. Contrairement au temps de Quick, l'INR augmente en fonction de l'augmentation de l'inhibition de la coagulation. La plage thérapeutique de l'anticoagulation orale doit être comprise entre 2,0 et 3,0 dans les indications suivantes: embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse, artériopathie oblitérante, fibrillation auriculaire, infarctus du myocarde, maladies cardiaques valvulaires, prothèse valvulaire cardiaque biologique, et après traitement des fractures osseuses. En présence de valves cardiaques mécaniques (non biologiques) et d'embolies récurrentes, l'INR devrait être compris entre 2,5 et 3,5. S'il est nécessaire d'antagoniser les effets des AVK, on peut administrer par voie orale ou intraveineuse 10 à 20 mg de vitamine K (Konaktion[®] 1 à 2 ml).

L'extraction d'une ou de plusieurs dents et les ostéotomies simples avec hémostase locale sont possibles avec des valeurs d'INR comprises entre 2,0 et 3,5. Les interventions/restaurations chirurgicales plus complexes sont possibles avec des valeurs d'INR comprises entre 1,5 et 2,0 sous administration temporaire d'héparine («bridging»). En tous les cas, cette dernière procédure doit être réalisée en consultation avec le médecin traitant ou un hématologue.

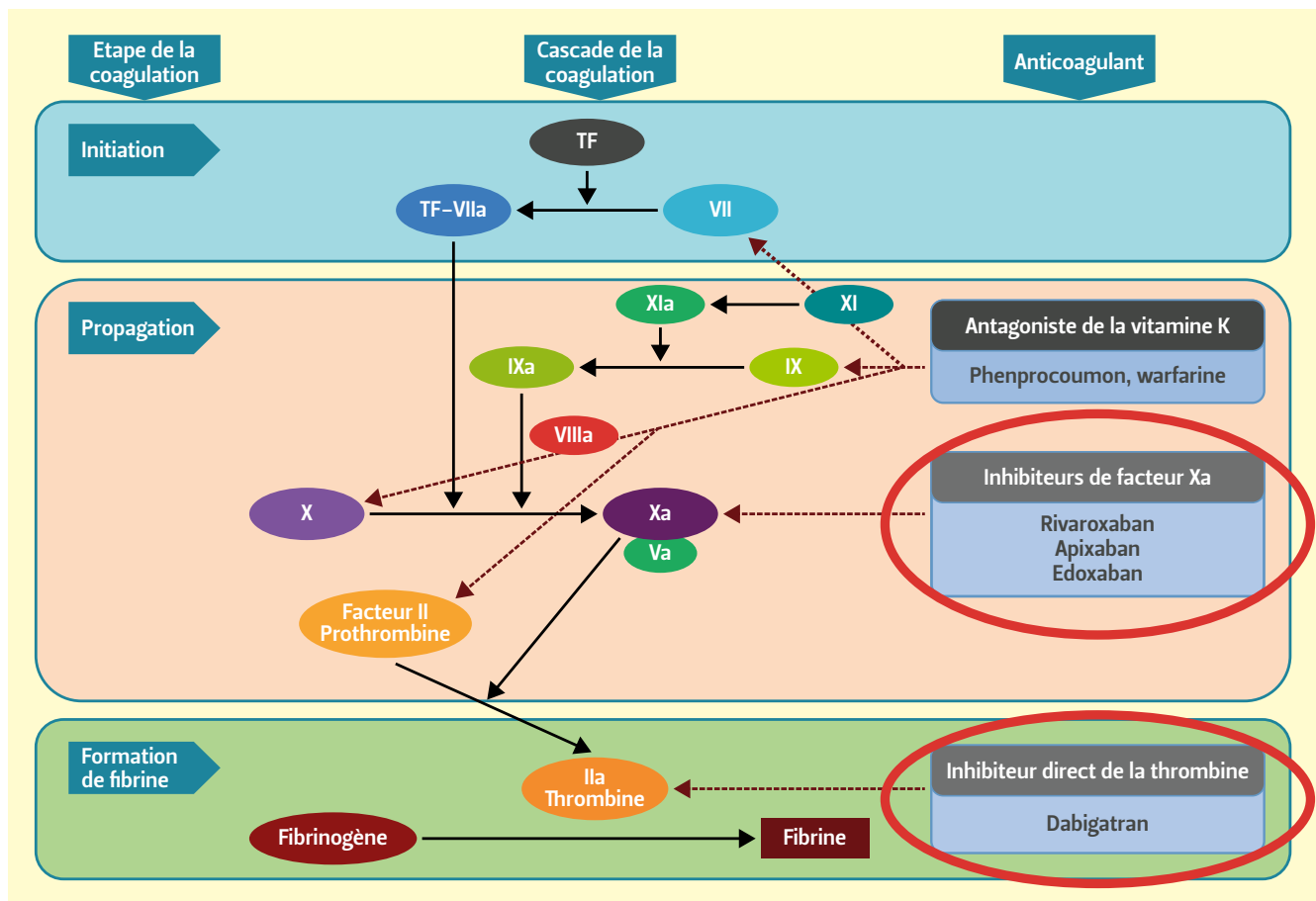


Fig.1 Cibles d'intervention des nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Source: Hans Wille, Neue Antikoagulanzen in der Therapie des Vorhofflimmerns, 12. Oktober 2013

Les nouveaux anticoagulants oraux (NACO), appelés aussi: les anticoagulants oraux directs (AOD)

Les NACO sont des médicaments qui interviennent directement dans l'hémostase et dont les coûts sont environ 15 fois supérieurs aux AVK.

Les NACO constituent une option pour les patients chez lesquels les AVK n'entrent pas en ligne de compte, p. ex. dans les indications suivantes: diathèse hémorragique, troubles des fonctions hépatiques, grossesse, maladie ulcéreuse gastro-duodénale, hypertension non traitée, accident vasculaire cérébral (risque d'hémorragie secondaire), lésion cérébrale traumatique, anévrisme d'une artère cérébrale, rétinopathies à risque hémorragique, tendance accrue aux chutes (risque

accru d'hématomes étendus ou autres hémorragies) et lors de tumeur maligne. Contrairement aux AVK, les vérifications de routine de l'effet anticoagulant ne sont pas nécessaires avec les NACO. Actuellement, les NACO n'ont pas d'antidote (exception: dabigatran).

Le dabigatran (inhibiteur direct de la thrombine [facteur IIa]) et les inhibiteurs directs du facteur Xa (rivaroxaban [nom protégé: Xarelto®], apixaban [nom protégé: Eliquis®] et réviparine [Clivarine®]) sont utilisés pour la prophylaxie thrombo-embolique chez les patients devant subir une arthroplastie élective de la hanche ou du genou, et à doses plus élevées pour le traitement des thromboses veineuses profondes de la jambe et des embolies pulmonaires (seulement le rivaroxaban), ainsi que pour la prophylaxie des accidents vasculaires cérébraux.

Lorsque la fonction rénale est normale et que le risque hémorragique périopératoire est modéré à élevé, la durée de l'interruption préopératoire de la prise de **dabigatran** doit être de deux jours, et en cas d'insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine 50–80 ml/min), de deux à trois jours avant la chirurgie. Lorsque l'insuffisance rénale est plus importante, cette durée sera de quatre jours – sans traitement de remplacement («bridging»). En cas d'urgence, le dabigatran est dialysable.

La durée de l'interruption préopératoire de la prise de **rivaroxaban** doit être de 24 h, et de 36 à 48 h en cas d'intervention importante ou réalisée à proximité du SNC.

La durée de l'interruption préopératoire de la prise de **apixaban** sera de 48 h au moins lorsque le risque hémorragique périopératoire est modéré à élevé. Cette durée sera au moins de 24 h lorsque le risque hémorragique est faible.

Les critères suivants doivent être remplis pour justifier l'administration des NACO:

- INR instable malgré une bonne observance
- Fonction rénale normale (clairance de la créatinine >15 ml/min)
- Pas de valves cardiaques mécaniques
- Patients de moins de 75 ans
- Poids corporel >60 kg
- Pas d'hémorragie gastro-intestinale dans l'anamnèse
- Pas d'AVC au cours des deux dernières semaines
- Pas de co-médication avec rifampicine, dérivés azolés, ritonavir ou dronédarone
- Pas de grossesse ou d'allaitement
- Pas de maladie hépatique avec coagulopathie

Résumé

L'intervention bucco-dentaire prévue doit être aussi brève et peu traumatique que possible. Pour l'hémostase locale après les extractions dentaire, introduire un matériau exogène résorbable (par exemple collagène microfibrillaire). Une suture bien adaptée ferme ensuite l'alvéole. On demande alors au patient de mordre un tampon de gaze pour favoriser le processus postopératoire de coagulation locale. La réalisation d'une gouttière thermoformée est indiquée chez les patients à risque.

Informations brèves

L'augmentation du nombre des maladies internes nécessitant l'utilisation de médicaments anticoagulants est liée au vieillissement de la population. Dans les cabinets de médecine dentaire, une anamnèse approfondie doit être établie pour chaque patient. Lorsque l'anamnèse signale la prise d'anticoagulants oraux, il est nécessaire d'interrompre la prise de ces médicaments avant une intervention chirurgicale bucco-dentaire, après avoir consulté le médecin traitant. Une décision unilatérale sans consultation du médecin traitant comporte un risque thrombo-embolique potentiellement fatal pour le patient.

Les règles suivantes doivent être respectées:

- Déterminer si le patient est sous traitement anticoagulant (cave: lors de troubles de la coagulation congénitaux ou acquis → le traitement sera réalisé en milieu hospitalier!).
- Extractions dentaires et ostéotomies simples sous hémostase locale lorsque les valeurs de l'INR se situent entre 2,0 et 3,5.
- Les interventions chirurgicales plus complexes seront discutées avec le médecin traitant; les valeurs d'INR seront situées entre 1,5 et 2; le cas échéant, l'intervention sera réalisée sous héparine.
- La durée des interventions sera aussi courte que possible.
- On demandera au patient de mordre un tampon de gaze dès la fin de l'intervention, afin de protéger le processus de coagulation local.
- Rinçage buccal avec 5 ml d'une solution d'acide tranexamique à 5% (optionnel).
- Gouttière thermoformée pour les patients à risque.

Abstract

YILDIRIM AYHAN, LÜBBERS H-T, YILDIRIM ALI:

Patients receiving treatment with oral anticoagulants: vitamin K antagonists and novel oral anti-coagulants (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 127: 1094–1096

In recent years, the number of patients under long-term treatment with oral anticoagulants has increased steadily, particularly in the aging population. Dental-surgical treatments of patients who have an increased risk of bleeding due to a drug-induced or congenital clotting disorder are a special challenge for established dental practitioners. The management of the surgical procedure, in cooperation with the patient's attending general practitioner, is a key element of treatment.