



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE CONSTANTINE 3

FACULTE DE MEDECINE

SERVICE DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALES

**Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine
dentaire**

**LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DREPANOCYTAIRE
EN ODONTOLOGIE**

Devant le jury :

Présidente :Dr .CHABANE H.

Encadreur : Dr BOULMERKA S.

Présenté et soutenu publiquement par :

BOUCHEMEL AMEL

BOUNAH IMEN

BOURENI SARA

DELIMI SARA

GHANEM LEKHAM AMINA

NASSRALLAH AMINA

TIR KENZA

Soutenu le 04 juillet 2017

Année universitaire 2016-2017

SOMMAIRE :

	Pages
Introduction	5
CHAPITRE I : rappel et généralités	
1. Définition de la drépanocytose	7
2. Historique	8
3. Épidémiologie	10
4. Rappel sur la structure de l'hémoglobine	13
5. Génétique	14
6. Physiopathologie	16
7. Manifestations cliniques de la drépanocytose	18
7-1-Manifestations générales.....	18
7-2-Manifestations oro-faciales.....	21
8. Manifestations biologiques de la drépanocytose	22
9. Les complications de la drépanocytose	23
9.1. Les complications pulmonaires et le syndrome thoracique aigu (STA).....	23
9.2. Les complications cardiaques.....	23
9.3. Les complications neurologiques.....	24
9.4. La séquestration splénique	24
9.5. Les complications rénales	24
9.6. Les complications vésiculo-biliaires	25
9.7. Les complications articulaires.....	25
9.8. Les complications ophtalmologiques.....	25
9.9. Les complications cutanées.....	25
9.10. Le priapisme.....	25

10. Diagnostic de la drépanocytose.....	26
11. Traitement de la drépanocytose	26
CHAPITRE II : la prise en charge du patient drépanocytaire en odontologie	
1. Examen clinique du patient	29
2. Prévention du risque infectieux.....	30
3. Prévention du risque hémorragique	
3.1. Rappel sur la physiologie de l'hémostase.....	37
3.2. Type d'intervention chirurgicale.....	39
3.3. Les agents antiplaquettaires	40
3.4. Arrêt ou maintien du traitement par agent antiplaquettaire ?	40
3.5. Spécificités de la prise en charge d'un patient traité par AAP.....	41
3.6. Quelle hémostase locale doit-on réaliser pour contrôler le risque hémorragique chirurgical ?.....	42
3.7. Hémostase locale.....	43
3.8. Hémostatiques chirurgicaux.....	44
3.9. Hémostatiques chirurgicaux sans action spécifique sur la cascade d'évènements survenant au cours de l'hémostase.....	44
3.10. Hémostatiques chirurgicaux avec action spécifique sur la cascade d'évènements survenant au cours de l'hémostase.....	45
3.11. Surveillance et conseils postopératoires.....	46
3.12. Mesures postopératoires à respecter.....	46
4. Les précautions à l'égard du stress.....	51
5. Les précautions à l'égard de l'anesthésie.....	51
6. Les précautions face aux prescriptions médicamenteuses.....	52
7. Les précautions à respecter en odontologie conservatrice.....	53
8. Les précautions à respecter en prothèse.....	54
9. Les précautions à respecter en parodontologie.....	54

10. Les précautions à l'égard des pathologies concomitantes et/ou de complications associées.....	54
--	-----------

Chapitre III : prévention et conseils chez le patient drépanocytaire

1. Les principales règles hygiéno-diététiques.....	56
2. Prévention au cabinet dentaire.....	57
Cas clinique	60
Conclusion	64
Bibliographie.....	65

Résumé :

La drépanocytose découverte par James Herrick en 1904, est une hémoglobinopathie récessive autosomique, caractérisée par une mutation du gène B globine, entraînant la production d'une hémoglobine anormale HbS. Elle est la maladie génétique la plus répandue dans le monde, l'Afrique, l'Amérique du Sud, l'Inde, le Maghreb et le moyen orient. Cliniquement, la maladie se manifeste par des épisodes anémiques aigus et des crises vaso occlusives. Celles ci peuvent être responsables de plusieurs complications entravant la qualité de vie des malades et leur pronostic vital.

La prise en charge est multidisciplinaire, en odontologie le praticien doit assurer la maîtrise des situations aiguës et la surveillance régulière des patients et ceci par la mise en œuvre d'un protocole et d'un programme spécifique afin de minimiser les complications et d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

Mots clés :

Drépanocytose, infection, odontologie.

Abstract :

The sickle cell anaemia was discovered by James Harrick in 1904. It is a recessive autosomal hemoglobinopathy characterized by the mutation of the gene B globin resulting in the production of an abnormal haemoglobin HBS. It is the most common genetic disease in the world, Africa, South America, India, the Maghreb and the Middle East. Clinically, the disease emerges with acute anaemic episodes and vaso-occlusive strokes, which may cause several complications that, affect the patients' quality of life. The treatment is multidisciplinary, in odontology the practitioner must ensure that the acute situations and the regular monitoring of patients are under control. This can be achieved by the implementation of a protocol and a specific program to minimize the complications and to improve the quality of life of the patients.

Key words:

Sickle cell, infection, odontology.

Membres de jury:

-Pr Bouadam.F

-Dr Chaabane.H