



**REPUBLIQUE ALGERIENNE  
DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
UNIVERSITE CONSTANTINE III  
FACULTE DE MEDECINE  
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE DENTAIRE**

*Mémoire de fin d'études  
Pour l'obtention du diplôme en médecine dentaire  
Intitulé du mémoire*

*La prise en charge d'une hémorragie bucco-dentaire au  
cabinet dentaire*

**Présenté par :**

*Bouzit Bisma.*

*Chaker Meryem.*

*Chergui Asma.*

*Cherouana Djahida.*

*Daoud Imene.*

*Djenidi Asma.*

*Feltane Merwa.*

**Encadré par :**

*Dr. YEKJLEF*

**JURY:**

*Pr. BOUADEM*

# SOMMAIRE:

INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1 : PHYSIOLOGIE DE L'HEMOSTASE.</b>	
<b>1 L'hémostase primaire. ....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Les acteurs en présence.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Endothélium et paroi vasculaire.....	3
1.1.2. Plaquettes.....	4
1.1.3. Facteur Von Willebrand (vWF).....	5
1.1.4. Fibrinogène.....	5
<b>1.2 Le déroulement de l'hémostase primaire.....</b>	<b>5</b>
1.2.1. Le temps vasculaire.....	5
1.2.2. Le temps plaquettaire.....	6
<b>2 L'hémostase secondaire ou la coagulation.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Principaux facteurs de la coagulation.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Les différentes voies de la coagulation.....</b>	<b>8</b>
2.2.1. Formation de la prothrombine.....	8
2.2.2. Thrombinoformation.....	8
2.2.3. Fibrinoformation.....	9
<b>2.3. La régulation.....</b>	<b>9</b>
<b>3 La fibrinolyse.....</b>	<b>10</b>
3.1. Les voies d'activation de la fibrinolyse.....	10
3.2. Les inhibiteurs de la fibrinolyse.....	10
<b>4 Les tests d'exploration de l'hémostase.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Les tests d'exploration de l'hémostase primaire.....</b>	<b>11</b>
4.1.1. L'héмограмme.....	11
4.1.2. Le temps de saignement.....	11
4.1.3. Dosage du facteur de Von Willebrand.....	12
<b>4.2. Tests explorant la coagulation.....</b>	<b>12</b>
4.2.1. Le temps de céphaline activée (TCA).....	12
4.2.2. Le temps de Quick (TQ) ou taux de prothrombine (TP).....	12
4.2.3. L'international normalized ratio (INR).....	13

424.	Dosage spécifique des facteurs de la coagulation.....	13
425.	Le temps de thrombine (TT).....	13
<b>43.</b>	<b>Tests explorant la fibrinolyse.....</b>	<b>14</b>
43.1.	Le temps de lyse des euglobulines (TLE).....	14
43.2.	Dosage des produits de dégradation du fibrinogène et D-Dimère.....	14

## **CHAPITRE 2 : LES ETIOLOGIES DE L'HEMORRAGIE.**

<b>Les étiologies locales.....</b>	<b>16</b>
<b>L1. Causes chirurgicales.....</b>	<b>16</b>
<b>L2. Causes traumatiques.....</b>	<b>16</b>
<b>L3. Hémorragies spontanées.....</b>	<b>17</b>
<b>Les étiologies de causes générales.....</b>	<b>17</b>
<b>21. L'hémorragie liée à la prise des médicaments.....</b>	<b>17</b>
21.1. Les agents antiplaquettaires (AAP).....	17
21.2. Les anticoagulants oraux.....	19
21.3. Les anticoagulants injectables.....	21
2.1.3.1. Les héparines.....	21
2.1.3.2. Fondaparinux.....	22
21.4. Les thrombolytiques.....	22
<b>22. L'hémorragie liée à une pathologie constitutionnelle.....</b>	<b>23</b>
22.1. L'hémophilie.....	23
22.2. La maladie de Willebrand.....	24
22.3. La maladie de RENDU OSLER WEBER.....	26
22.4. Thrombopathie de Glanzmann.....	26
22.5. Thrombopénie constitutionnelle.....	26
<b>23. l'hémorragie liée a une pathologie acquise.....</b>	<b>28</b>
23.1. la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD).....	28
23.2. Insuffisance rénale chronique IRC.....	29
23.3. Insuffisances hépatocellulaire.....	29
23.4. L'éthylisme.....	30

### **CHAPITRE 3 : L'INTERROGATOIRE MEDICAL.**

<b>Definition</b> .....	32
<b>Recueil des données</b> .....	33
<b>Importance légale de l'interrogatoire</b> .....	36
<b>L'anamnèse</b> .....	36
<b>L'examen clinique endobuccal et exo buccal</b> .....	37

### **CHAPITRE 4 : CONDUIT A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE AU CABINET DENTAIRE.**

<b>Les gestes à effectuer devant une hémorragie bucco-dentaire</b> .....	42
<b>Les matériaux et les médicaments d'hémostase au cabinet dentaire</b> .....	44
<b>2.1. Les moyens d'hémostase locaux</b> .....	44
2.1.1. Les moyens d'hémostase intrinsèques.....	44
2.1.1.1. Les éponges.....	44
2.1.1.2. Compresse d'oxycellulose, SURGICEL®.....	46
2.1.1.3. Les colles biologiques.....	47
2.1.1.4. Les colles non biologiques.....	49
2.1.1.5. Eau oxygénée.....	50
2.1.2. Les moyens d'hémostase extrinsèques.....	50
2.1.2.1. Les sutures.....	50
2.1.2.2. Les Anti fibrinolytiques.....	52
2.1.2.3. Les gouttières compressives.....	53
2.1.2.4. Plasma riche en plaquettes.....	56
<b>2.2. Les moyens d'hémostase généraux</b> .....	58
2.2.1. La vitamine K.....	58
2.2.2. Etamylate (Dicynone®).....	59
<b>2.3. La cautérisation</b> .....	60
2.3.1. Le laser .....	60
2.3.2. Electrocoagulation .....	61
<b>3. Conduit à tenir devant une hémorragie bucco-dentaire</b> .....	63
3.1. Conduit à tenir devant une hémorragie de cause locale.....	63
3.1.1. Hémorragie post extractionnelle.....	63
3.1.1.1. Prise en charge immédiate.....	64

3.1.1.2. <b>Prise en charge tardive</b> .....	65
3.1.2. <b>En cas de plaie de la muqueuse</b> .....	65
3.1.3. <b>En cas de plaie osseuse</b> .....	66
3.1.4. <b>En cas d'hémorragie d'origine tumorale</b> .....	67
3.2. <b>Conduit à tenir devant une hémorragie de cause générale</b> .....	67
3.2.1. <b>Hémorragie liée à la prise des médicaments</b> .....	67
3.2.1.1. <b>Prise des antiplaquettaires AAP</b> .....	67
3.2.1.2. <b>Patient sous anti vitamine K</b> .....	68
3.2.1.3. <b>Patient sous héparine</b> .....	70
3.2.1.4. <b>Patient sous anticoagulants oraux directs</b> .....	71
3.2.2. <b>Hémorragie liée à un déficit constitutionnel</b> .....	71
3.2.2.1. <b>L'hémophilie</b> .....	71
3.2.2.2. <b>La maladie de Willebrand</b> .....	73
3.2.2.3. <b>La maladie de RENDU OSLER WEBER</b> .....	75
3.2.2.4. <b>Thrombopénie</b> .....	76
3.2.3. <b>L'hémorragie liée a une pathologie acquise</b> .....	76
3.2.3.1. <b>Insuffisances hépatocellulaire</b> .....	76
3.2.3.2. <b>Précaution à l'égard des troubles de l'hémostase et de la coagulation                   chez le patient alcoolique</b> .....	77
3.2.3.3. <b>Coagulation intra vasculaire disséminée</b> .....	78
3.2.3.4. <b>Insuffisante rénale chronique</b> .....	78
 4. <b>Protocole de prise en charge de risque hémorragique au cabinet dentaire : Les cas cliniques du service</b> .....	 80
 <b>CONCLUSION</b> .....	 89
<b>ANNEXE.</b>	
Liste des figures.	
Liste des tableaux.	
Abréviation.	
<b>BIBLIOGRAPHIE.</b>	

---

## **Résumé**

La pratique de la chirurgie bucco-dentaire comporte un risque hémorragique que l'on doit réduire au minimum, ce qui est aisément réalisable en l'absence de notion de terrain hémorragique.

La notion d'hémorragies spontanées ou provoquées, dont les formes sont très diverses, doit être systématiquement recherchée par un interrogatoire minutieux et précis, complété par une étude des différents temps de la coagulation.

Un accident hémorragique a deux étiologies possibles : un accident pré-opératoire ou une anomalie de la crase sanguine (pathologies constitutionnelles) sans oublier aussi certains traitements médicamenteux.

La diversité des matériaux et des techniques à la disposition du praticien lui permet, dans la majorité des cas, d'arrêter ou tout au moins de réduire le saignement.

L'interrogatoire médical du patient est primordial et prévient le risque hémorragique.

La prise en charge de patients à risque hémorragique devient de plus en plus fréquente au cabinet dentaire, compte tenu des prescriptions actuelles d'anticoagulants et/ou d'antiagrégants et du fait de la fréquence des pathologies pouvant induire des saignements anormaux lors d'actes chirurgicaux.

Le chirurgien dentiste, confronté à ce risque doit apprécier préalablement au geste la faisabilité de celui-ci et l'éventuelle gestion des complications per- et postopératoires. Après un rappel des recommandations actuelles, le bilan préopératoire, les situations cliniques et leurs prises en charge et les techniques d'hémostase sont précisées dans l'objectif de limiter le risque hémorragique grave.

Le respect des gestes opératoires permet au praticien de prendre en charge la majorité des patients à risque hémorragique ; seuls les cas les plus sévères ou les actes chirurgicaux risquant de provoquer un important saignement sont orientés vers un milieu hospitalier.

Enfin, le respect des règles chirurgicales, la connaissance de l'anatomie et la maîtrise des gestes et des techniques permettent au chirurgien dentiste de minimiser la plupart des risques au cours d'une intervention.

---

## **Abstract**

The practice of oral surgery carries a risk of bleeding that must be minimized, which is easily achievable in the absence of concept of hemorrhagic field

The notion of spontaneous or induced bleeding, whose forms are very diverse, must be systematically sought by careful and precise examination, completed by a study of the different time of coagulation.

A hemorrhagic stroke are two possible causes: a preoperative accident or anomaly of blood crase (constitutional pathologies) without also forgetting somemedicated treatments.

The diversity of materials and techniques available to the practitioner allows, in most cases, to stop or at least reduce the bleeding.

The patient's medical examination is important and prevents the risk of bleeding

The care of hemorrhagic risk patients is becoming more common in the dental office, given the current requirements of anticoagulants and / or antiaggregants and because of the frequency of diseases that can induce abnormal bleeding during acts surgical. The dental surgeon, faced with this risk must first appreciate the gesture feasibility of it and eventual management of per- and postoperative complications. After reviewing the current recommendations, preoperative evaluation, clinical situations supported and hemostasis techniques are specified in the objective of limiting serious bleeding risk. The respect of operative procedures allows the practitioner to take over the majority of hemorrhagic risk patients; only the most severe cases or surgical procedures could cause significant bleeding are referred to a hospital.

Finally, respect for surgical rules, knowledge of anatomy and control of gestures and techniques allow the dentist to minimize most risks during intervention.