

Hémorragie postopératoire en tant que première manifestation d'une leucémie aiguë promyélocytaire chez l'adulte

Présentation d'un cas clinique

Mots-clés: chirurgie buccodentaire, leucémie aiguë, avulsion chirurgicale des dents de sagesse, diathèse hémorragique

ALESSANDRO PERUCCHI
ELZBIETA POLSKA
JOHANNES KUTTENBERGER

Clinique de chirurgie orale,
maxillaire et faciale,
Hôpital cantonal de Lucerne

Korrespondenzadresse
Dr méd. dent. Alessandro Perucchi
Klinik für Mund-, Kiefer-,
Gesichtschirurgie/Oralchirurgie
Luzerner Kantonsspital
6000 Luzern 16
Tél. +41 (0)41 205 16 28
Fax +41 (0)41 205 45 75
E-mail:
alessandroperucchi@sunrise.ch

Traduction Thomas Vauthier



Image en haut: Orthopantomogramme préopératoire

Résumé Les hémorragies postopératoires (secondaires) après les interventions de chirurgie buccodentaire sont des complications rares, mais pas exceptionnelles, qui peuvent être maîtrisées, dans la majorité des cas, par traitement local. En cas d'échec des mesures hémostatiques locales appliquées dans les règles de l'art, le praticien devrait envisager, parmi les diagnostics différentiels possibles, des troubles de la coagulation (coagulopa-

thies) ou des maladies hématologiques bénignes ou malignes, et adresser le patient à un spécialiste pour des examens hématologiques complémentaires en vue de poser un diagnostic plus précis. La présente illustration d'un cas clinique évoque un jeune adulte chez lequel une hémorragie postopératoire après avulsion chirurgicale d'une dent de sagesse a été la manifestation précoce d'une leucémie aiguë.

Introduction

Les leucémies sont des maladies du système hématopoïétique, qui se caractérisent par la prolifération clonale de cellules malignes des lignées myélo ou lymphopoïétiques (BURKE & STARTZELL 2008). Il en résulte des troubles de l'hématopoïèse normale dans la moelle osseuse, entraînant une granulocytopenie, une anémie et une thrombopénie. Les leucémies peuvent apparaître à tout âge; environ 80% sont des leucémies myéloïdes aiguës (LMA), qui se voient plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant. Environ la moitié des patients présentant une LMA sont âgés de plus de 60 ans. Par contre, la leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) est le type le plus courant de leucémie chez le jeune enfant. Les leucémies dites secondaires sont des complications survenant après des chimio ou radiothérapies d'autres tumeurs malignes.

En l'absence de traitement adéquat, les leucémies aiguës entraînent le plus souvent la mort du patient après quelques semaines ou mois. Les premiers symptômes, tels que pâleur, asthénie et susceptibilité aux infections, ne sont pas spécifiques et sont dans bien des cas interprétés de façon erronée. Un examen ou traitement buccodentaire au stade précoce d'une leucémie peut révéler des pétéchies hémorragiques des muqueuses, des saignements gingivaux, une propension accrue aux hémorragies postopératoires après des interventions chirurgicales, et des adénopathies de la sphère buccocervicale. Dans cette documentation clinique, nous présentons le cas d'un jeune patient apparemment en bonne santé ayant présenté des hémorragies secondaires récidivantes après avulsion chirurgicale d'une dent de sagesse. Par la suite, les examens complémentaires ont mené à la pose d'un diagnostic précoce d'une leucémie aiguë promyélocytaire.

Présentation du cas clinique

Un patient âgé de 23 ans s'est présenté au Service des urgences chirurgicales de l'Hôpital cantonal de Lucerne en raison d'une hémorragie secondaire, suite à une avulsion dentaire. L'après-midi même, le médecin dentiste du patient avait extrait par voie chirurgicale la 48 incluse en position horizontale (fig. 1).

Une hémorragie aiguë était apparue lors de l'avulsion de la racine; malgré les efforts du praticien, le saignement n'avait pas pu être tari. L'anamnèse n'avait pas révélé de troubles de la coagulation, ni de prise de médicaments anticoagulants. Après ablation des sutures et des tampons de gaze dans la plaie, l'examen clinique a montré un suintement de sang au niveau de la lamelle osseuse vestibulaire, dans la région de l'apex. Malgré un nouveau tamponnement, il était impossible de tarir le saignement. En raison de la proximité du nerf alvéolaire inférieur, nous avons renoncé à une coagulation bipolaire. Le sac péricoronaire, initialement encore en place, a été enlevé. L'application de cire à os dans la région du toit du canal du nerf mandibulaire a finalement permis de tarir le suintement. La couche de cire osseuse a été renforcée par du Tabotamp® (cellulose oxydée résorbable; Johnson & Johnson) et de la colle de fibrine. Au contrôle après cinq minutes, la plaie était exempte de suintement de sang, raison pour laquelle nous avons procédé à la fermeture de la plaie par des sutures unitaires et matelassées. Au terme de l'intervention, 0,5 ml de colle de fibrine ont été appliqués à la seringue dans tout le territoire de la plaie. Par mesure de précaution, nous avons prescrit au patient une couverture antibiotique par Co-Amoxi-Mepha® 3×625 mg/j (amoxicilline et acide clavulanique, Mepha) pendant une semaine. Il était prévu que les contrôles ultérieurs et l'ablation de sutures devaient être réalisés par le praticien privé.

Le patient nous a informé le lendemain qu'il était en grande partie exempt de symptômes, hormis une discrète tuméfaction dans la région de l'angle mandibulaire droit et une légère limitation de l'ouverture buccale. Aucun trouble de la sensibilité des nerfs alvéolaire inférieur ou lingual n'était apparu.

Deux jours plus tard, le patient est revenu en consultation en raison d'une nouvelle hémorragie secondaire survenue après un effort physique. L'examen clinique a révélé un hématome souple et un discret suintement sanguinolent dans la région de la plaie d'extraction. Après ablation des sutures et aspiration du caillot, nous n'avons pas trouvé de source précise du saignement dans la région du volet muco-périosté. Après ablation du tampon de Tabotamp®, l'alvéole était sèche. Nous avons introduit deux éponges TacoSil® (principes actifs: fibrinogène humain et thrombine humaine; Nycomed) dans l'al-

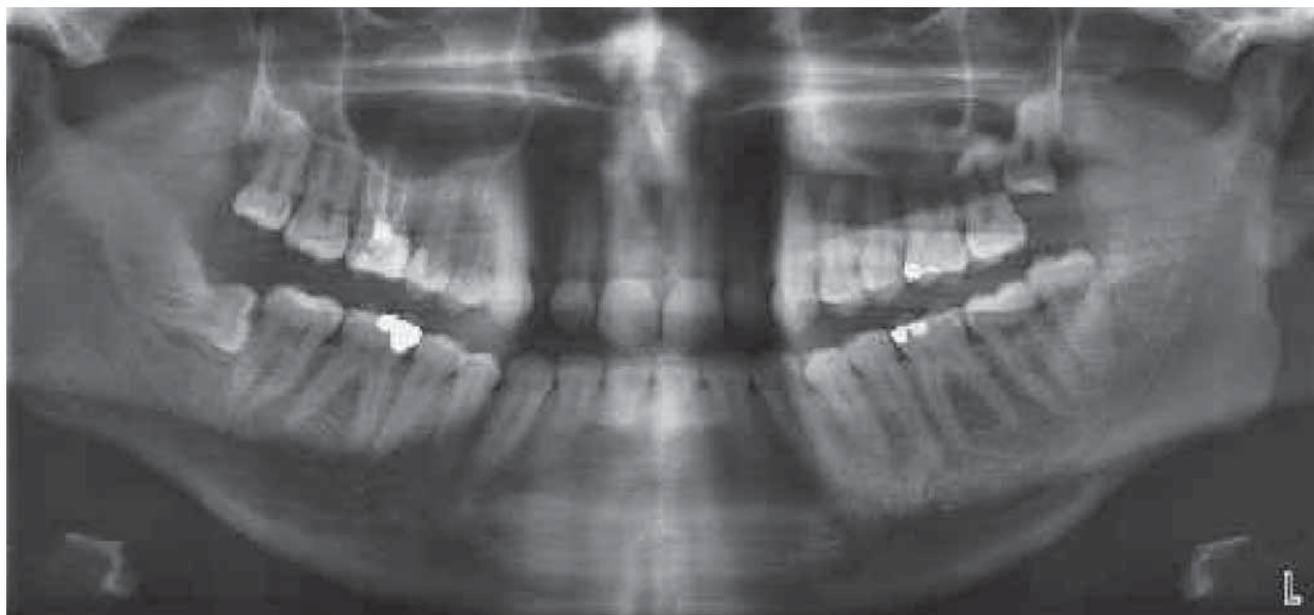


Fig. 1 Orthopantomogramme préopératoire



Fig. 2 Status intraoral trois jours après avulsion chirurgicale de la 48: alvéole d'extraction exempte de complications visibles, tampon de iodoforme-vaseline en place, peu d'inflammation de la muqueuse, pas d'hématome.

véole avant de fermer la plaie par des sutures, renforcées par 0,5 ml de colle de fibrine. Pour finir, nous avons prié le patient de mordre pendant une heure sur un tampon de gaze imbibé de Cyklokapron® (acide tranexamique; Pfizer) (fig. 2). Pour l'élargissement du diagnostic, une prise de sang a été réalisée pour l'évaluation des paramètres de la coagulation (valeur Quick, temps de thromboplastine partiel TPP et temps de réaction à l'adrénaline, facteur Willebrand).

Le lendemain, le patient s'est une nouvelle fois présenté en raison d'hémorragies récidivantes. A l'examen intrabuccal, la plaie était sèche, avec une tuméfaction souple et pâteuse dans la région de l'angle droit de la mandibule. Présence d'un hématome sous-muqueux, pas de limitation de l'ouverture buccale. En tant que symptôme extrabuccal, le patient a rapporté une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Les résultats des examens sanguins ont éveillé la suspicion d'un trouble de la fonction thrombocytaire. En raison de l'apparence anémique et du trouble de l'acuité visuelle, le patient a été hospitalisé pour des examens complémentaires à la recherche d'un diagnostic plus précis (fig. 3). A l'anamnèse, le patient a indiqué souffrir depuis deux semaines d'une asthénie et d'un épuisement physique. Les résultats complets des examens de laboratoire ont permis de poser le diagnostic de leucémie aiguë promyélocytaire. Les examens diagnostiques complémentaires ont révélé une hémorragie sous-arachnoïdienne et une effusion de sang dans la macula de l'œil gauche. Le patient a immédiatement été transféré à la Clinique d'oncologie qui a instauré sans tarder une chimiothérapie. La diathèse hémorragique s'est rapidement stabilisée après substitution thrombocytaire et de plasma frais décongelé («fresh frozen plasma», FFP). La guérison de l'alvéole d'extraction de la 48 s'est déroulée sans complications au cours de l'évolution ultérieure.

Le traitement chimiothérapeutique a permis d'obtenir une rémission complète de la leucémie, rémission qui se poursuit à ce jour. Le patient est suivi par le Service d'oncologie.

Discussion

Outre les tuméfactions et les douleurs, les hémorragies font partie des complications périopératoires les plus fréquentes en chirurgie buccale. Une anamnèse ciblée permet d'identifier les patients à risque (GUPTA ET COLL. 2007; ISRAELS ET COLL. 2006). Les principales étiologies de la diathèse hémorragique sont les thrombocytopathies ou thrombopénies, et les coagulopathies,

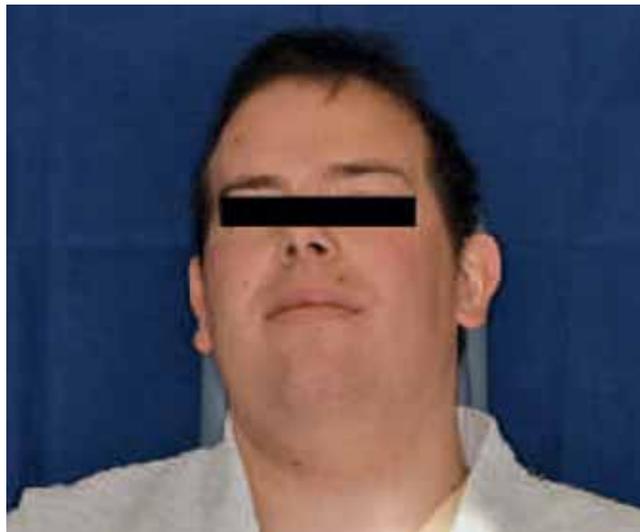


Fig. 3 Vue du patient le jour même de l'hospitalisation: discrète tuméfaction souple de la joue droite.

alors que les vasculopathies sont plus rarement en cause. Parmi les maladies congénitales, les plus fréquentes sont l'hémophilie ou le syndrome de Willebrand. Les coagulopathies acquises surviennent en tant que complications de maladies hépatiques ou gastro-intestinales, de leucémies et d'autres affections systémiques graves (tumeurs malignes, choc, septicémie) associées à une coagulopathie de consommation au cours d'une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Les personnes suivant un régime anticoagulant de longue durée représentent un groupe croissant de patients présentant un risque accru d'hémorragies. Parmi les médicaments agissant sur l'hémostase, on trouve notamment les inhibiteurs de l'agrégation thrombocytaire (p. ex. acide acétylsalicylique, dérivés de la thiénypyridine) et les antagonistes de la vitamine K (dérivés de la coumarine). D'autres pathologies locales, telles que les hémangiomes intraosseux (GOMÉZ ET COLL. 2008) ou des kystes osseux anévrismaux (KAFFE ET COLL. 1999) peuvent également être à l'origine d'hémorragies d'intensité inattendue.

Pour les patients à risque hémorragique évoqués plus haut, il y a lieu d'instaurer des mesures préventives systémiques et locales avant les interventions de chirurgie buccodentaire (GUPTA ET COLL. 2007; ISRAELS ET COLL. 2006). Dans bien des cas, il est possible d'interrompre ou de modifier la thérapie anticoagulante (POTOTSKI & AMÉMABAR 2007). La décision y relative doit être prise individuellement et est du seul ressort d'un médecin spécialisé. Chez certains patients souffrant d'hémophilie, il est nécessaire de substituer des facteurs de coagulation. Parmi les mesures locales indiquées chez les patients présentant une diathèse hémorragique, il faut évoquer en premier lieu une technique chirurgicale ménageant les tissus, l'hémostase soigneuse par électrocoagulation, l'utilisation de cire à os et de tampons hémostyptiques (préparations à base de cellulose oxydée résorbable ou de gélatine), les éponges de collagène, la colle de fibrine, une fermeture primaire étanche de la plaie, et éventuellement un recouvrement de la plaie par une plaque de pansement. Le traitement chirurgical des patients présentant un risque élevé d'hémorragies nécessite de la part du chirurgien une grande expérience et des connaissances approfondies concernant toutes les possibilités de l'hémostase locale intra et postopératoire. En cas de risque élevé d'hémorragies, il est préférable d'adresser le patient à une clinique spécialisée.

Dans le cas du patient présenté dans cette contribution, il n'y avait aucune indication préopératoire d'un trouble de la coagulation. Une hémorragie est cependant apparue au cours de l'avulsion chirurgicale de la dent de sagesse inférieure droite, une complication qu'il a été possible de maîtriser dans un premier temps par des mesures thérapeutiques locales. Par la suite, la situation s'est compliquée, avec la survenue d'hémorragies secondaires récidivantes et de symptômes généraux, notamment une détérioration de l'acuité visuelle. Par conséquent, nous avons demandé un bilan hématologique qui a permis de poser le diagnostic de leucémie aiguë promyélocytaire, qui a été traitée immédiatement par chimiothérapie. Dans le cas des leucémies aiguës, il est particulièrement important du point de vue du pronostic qu'une prise en charge thérapeutique soit instaurée sans délai. Bien que le diagnostic des maladies de ce type ne fasse pas partie des tâches du médecin dentiste, il est important de penser à la possibilité d'une première manifestation d'un processus malin dans la sphère buccodentaire. Les leucémies aiguës en particulier peuvent en effet se manifester par des hypertrophies gingivales, des hémorragies et des ulcérations (WECKX ET COLL. 1990; WU ET COLL. 2002; DEMIRER ET COLL. 2007). La muqueuse buccale est en outre un indicateur sensible pour de nombreuses affections systémiques (SWINSON ET COLL. 2004; LONG ET COLL. 1998; STRASSBURG 1977), dont certaines maladies dermatologiques, des infections systémiques, des endocrinopathies, des insuffisances hépatiques et des maladies hématologiques. En cas d'hémorragie secondaire à une intervention chirurgicale buccodentaire – et en particulier lorsque l'hémorragie ne peut pas être maîtrisée malgré des

mesures hémostatiques suffisantes –, il est impératif de procéder à des examens complémentaires dans le cadre du diagnostic différentiel, qui comprend non seulement les différentes coagulopathies, mais également les affections malignes d'ordre hématologique.

Conclusion

Les hémorragies font partie des complications les plus fréquentes dans le domaine de la chirurgie buccale. Une anamnèse ciblée permet d'identifier les patients à risque et de prévoir toutes les mesures locales pour une hémostase locale suffisante. Les patients présentant des troubles de la coagulation d'origine non précisée, des hémorragies secondaires impossibles à maîtriser ou des risques hémorragiques que le médecin dentiste n'est pas en mesure d'évaluer devraient être adressés à une clinique spécialisée. Ce n'est que dans ce cadre qu'il sera possible de réaliser, outre l'ensemble des modalités thérapeutiques d'une hémostase locale efficace, un traitement systémique, tel que la substitution de facteurs de coagulation, etc., de même que les examens nécessaires pour un diagnostic hématologique approfondi.

Pour le médecin dentiste, il est important de connaître la symptomatologie des maladies hématologiques malignes, afin d'être en mesure, le cas échéant, d'adresser le patient à un service spécialisé pour des investigations diagnostiques ciblées et une thérapie appropriée.

Bibliographie voir texte allemand, page 938.