
LES HÉMORRAGIES BUCCALES: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET
CLINIQUES, A PROPOS DE 344 CAS COLLIGES
AU CHU CAMPUS DE LOMÉ (TOGO)

<p style="text-align: center;">Auteurs</p> <p>AGODA P, ADAM S, MAGNANG H, BETENORA B, BISSAH H, AMANA B, KPEMISSI E.</p> <p style="text-align: center;">Services</p> <p>Faculté des Sciences de Santé de Lomé 05 BP 339 Lomé 05 (Togo)/</p> <p style="text-align: center;">Correspondance</p> <p>Dr AGODA Palakina Maître- Assistant en Chirurgie Buccale, Faculté des Sciences de Santé de Lomé 05 BP 339 Lomé 05 (Togo)/ Tel: 0022890046168/ agodagere@yahoo.fr</p>	<p>RESUME</p> <p>Introduction: Les hémorragies buccales font partie des symptomatologies les plus fréquentes dans la pratique odonto-stomatologique. Elles sont souvent d'étiologies locales, mais elles peuvent parfois être révélatrices de certaines maladies générales. Les complications hémorragiques de la cavité buccale sont le plus souvent d'origine thérapeutique (extraction dentaire) et peuvent dans leur évolution mettre en jeu le pronostic vital du malade.</p> <p>Objectif: Cette étude a pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none">- déterminer les aspects épidémiologiques des hémorragies buccales et- d'étudier les aspects cliniques des hémorragies buccales pathologiques ou accidentelles au CHU CAMPUS de Lomé. <p>Patients et methode: Il s'est 'agi d'une étude rétrospective qui a porté sur l'analyse de dossiers de patients consultés et traités au service d'Odonto-stomatologie du CHU-Campus de Lomé et ayant présenté une hémorragie buccale, au cours de la période allant du 1er Juin 2013 au 31 Mai 2014.</p> <p>Résultats: A travers une série composée de 344 dossiers de sujets reçus et traités, les hémorragies buccales concernaient 24,62% des consultations du service d'Odonto-Stomatologie du CHU-Campus de Lomé durant la période d'étude. Parmi ces cas d'hémorragie 122 soit 35,46 % étaient d'origine pathologique ou accidentelle contre 64,53 % de saignement normaux (provoquées volontairement). Les extractions dentaires de pratique courante ont été les actes thérapeutiques les plus en cause des hémorragies buccales. Les hémorragies accidentelles ou pathologiques de la cavité buccale peuvent évoluer en complication et mettre en jeu le pronostic vital du malade. Un bilan d'hémostase systématique pré-thérapeutique ainsi qu'un suivi post-opératoire minutieux quel que soit la technique d'extraction dentaire à appliquer, devrait permettre de réduire la fréquence des complications hémorragiques de la cavité buccale au CHU-Campus de Lomé.</p>
---	---

Conclusion : Quel que soit son origine ou son importance, un saignement anormal de la cavité buccale doit faire l'objet d'une attention particulière pour que soit prévenue la survenue de complications hémorragiques.

Mots-clés: Hémorragie ; Cavité buccale, Extraction dentaire, Complications, Lomé.

SUMMARY

Introduction: The oral hemorrhages are part of the most frequent manifestations in the odonto-stomatological or oral practice. Their etiologies are often local, but the oral hemorrhages are as revealing of some general illnesses that he/it agrees to search for to all price. The conduct to hold before all hemorrhage or all risk of hemorrhage of the oral cavity should be justified therefore by a balance of hemostasis.

Objective: To determine the frequencies and the etiologies of the hemorrhages of the oral cavity; to put in evidence the practices for their hold in charge to him FALLEN CAMPUS of Lomé.

Methodology: It is about a retrospective survey that was about 344 patient files having had an oral hemorrhage during the active period of June 1st, 2013 to May 31, 2014

Results: The oral hemorrhages are very frequent to him FALLEN CAMPUS of Lomé (24, 62% of the total of the consultations). The dental extractions were the etiology the more recovered (73, 04% of the post-therapeutic oral hemorrhages). The balance of hemostasis was less asked in the setting of their hold in charge.

Conclusion: Whatever is his/her/its origin or the importance of the risk of his/her/its intervening, the oral hemorrhage must be the subject of a particular attention so that is privileged the prevention in his/her/its hold in charge.

Keywords: Hemorrhage; oral cavity; Dental extractions, Lomé.

1 INTRODUCTION

L'hémorragie est l'écoulement du sang hors des vaisseaux sanguins. Elle survient après une effraction plus ou moins importante de ces derniers.

De nombreux facteurs locaux mais aussi généraux conditionnent son déclenchement et son évolution ^[1]. Il faut distinguer les saignements provoqués par une effraction volontaire lors d'un traitement (extraction dentaire par exemple), dont l'importance et la durée se raccordent logiquement sur un certain nombre de mécanismes physiologiques ^[2], des hémorragies pathologiques qui sont symptomatiques d'une maladie ou dues à la complication d'un acte thérapeutique (chirurgie surtout). Ces hémorragies pathologiques ou accidentelles sont caractérisées par des écarts entre leurs valeurs d'appréciation et celles des normes, et standards hématologiques établis à propos de l'importance et la durée du saignement et de sa capacité à se prendre en caillot. ^[2, 3, 4, 5] La sphère oro-faciale étant fortement vascularisée, les hémorragies buccales figurent parmi les symptômes les plus fréquents en pratique odontostomatologique.

Dans la majorité des cas, l'effraction vasculaire se conclut normalement avec la formation d'un caillot stable ainsi que la cicatrisation du site opératoire. La plus part des interventions de chirurgie buccale se passent sans complication hémorragique, l'hémostase et la coagulation se déroulant normalement.

Cependant, le Praticien de la Chirurgie orale doit parfois faire face à un saignement anormal (hémorragie per-opératoire, post-opératoire ou retardée) dont les complications peuvent dans une certaine mesure mettre en jeu le pronostic vital du malade. Ce saignement peut avoir deux étiologies qui ne s'excluent pas l'une l'autre : un geste inapproprié du praticien ou du patient, empêchant l'évolution normale de la plaie, ou une anomalie de la crase sanguine.

De plus, les hémorragies buccales sont parfois révélatrices de certaines maladies

générales qu'il convient de rechercher à tout prix ^[1]

La symptomatologie des hémorragies buccales peut varier d'une simple gingivorragie au syndrome hémorragique qui se traduit par des saignements de la muqueuse buccale ^[6]

La présente étude a pour but d'appeler le praticien de la sphère orale à une prise de conscience aussi bien du potentiel du risque des hémorragies de la cavité buccale que de la gravité de leurs éventuelles complications.

Les objectifs de cette étude se présentent comme suit :

- déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques des hémorragies buccales et
- étudier les aspects de la prise en charge thérapeutique de ces hémorragies buccales au CHU-Campus de Lomé.

2 PATIENTS ET MÉTHODES

Notre étude avait eu pour cadre le service d'Odonto-stomatologie du Centre Hospitalier Universitaire Campus (CHU-Campus) de Lomé.

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique portant sur les dossiers de malades consultés et traités dans le service d'Odonto-stomatologie durant la période allant du 1^{er} Juin 2013 au 31 mai 2014.

Critères d'inclusion

Etaient inclus dans la série de cette étude, les dossiers de malades consultés et traités dans le service d'Odonto-Stomatologie du CHU-Campus et dont les signes cliniques, ou l'acte thérapeutique, comportait une notion de saignement buccal.

Critères de non inclusion

Etaient exclus de cette série, les cas d'épithaxies et les hématémèses.

-Traitement des données

Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques et cliniques. Nos données ont été relevées par fiches d'enquête préétablies, et leur saisie et exploitation réalisées

et traitées sur Microsoft Office, le Word, les calculs statistiques par l'Excel 2010 et EPI-INFO-6.

3 RESULTATS

- Fréquence

Sur un total de 1397 patients consultés et traités dans le service d'Odontostomatologie, du CHU-Campus de Lomé durant la période d'étude, 344 ont présenté une hémorragie buccale, soit une prévalence globale de 24,62%. Pour 122 cas (35,46 %) l'hémorragie était symptomatique d'une pathologie ou accidentelle due à un acte thérapeutique, contre 222 cas (64,54 %) de saignements normaux. Les hémorragies consécutives à un acte thérapeutique concernaient un total de 230 sujets soit 66,86% de la série dont 168 cas soit 73,04 % pour cause d'extraction dentaire. Les 122 cas de saignements d'origine pathologique ou accidentel se répartissaient en 114 cas (93,44%) dus à une maladie et 8 cas (06,55 %) de complication hémorragique accidentelle suite à une avulsion dentaire.

-Sexe – Âge

La série comportait (53,78%) de sujets de sexe féminin contre 46,22% pour le sexe masculin soit une sex-ratio de 0,86.

L'âge de nos patients était compris entre les extrêmes de 3 ans et 85 ans ; avec une moyenne d'âge de 44ans. Les patients d'âges compris entre 40 et 49 ans avaient été les plus représentés comme l'illustre la figure 1.

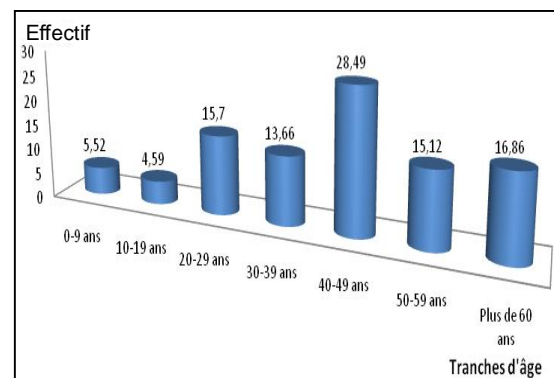


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

- Motifs de consultation

La douleur avait été le motif de consultation le plus représenté de la série (50,85%), suivie de l'hémorragie buccale proprement dite (17,90%)

- Mode d'admission des patients, état général et antécédents.

L'état général était bon pour la plupart des patients de la série ; 96,80% des cas (N= 333) Les sujets avec état général altéré (3,20% des cas N=11) étaient référés des services de la Neurologie ou de la Cardiologie.

Tableau 1 : Répartition des patients selon leurs antécédents pathologiques ou thérapeutiques

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Diabète	13	48,15
Hémopathie	02	07,41
Hypertension artérielle	06	22,22
Malade sous anticoagulant	06	22,22
Total	27	100

- Etats bucco-dentaires des patients

L'examen de l'état bucco-dentaire des patients avait révélé des lésions carieuses dans 38,92% des cas, et des dépôts de tartre (20,74%)

- Sièges anatomiques de l'hémorragie pathologique ou accidentelle

Sur les 122 cas de saignements pathologiques ou accidentels le parodonte superficiel était le site hémorragique le plus fréquent avec 97 cas soit 79,51 % des cas suivi du site alvéolaire 06,56 % des saignements anormaux (N=8)

3.1 Facteurs étiologiques associés

Tableau 2 : Répartition des patients selon les facteurs étiologiques associés

Facteurs étiologiques	Effectifs	Pourcentage
Gingivite tartrique	40	32,79
Extraction dentaire	08	06,56
Péricoronarite	21	17,21
Tumeurs malignes de la cavité buccale	07	05,74
Gingivite gravidique	07	05,74
Hémophilie	02	01,64
Candidose	04	03,28
Gingivo-stomatite sur terrain diabétique	13	10,65
Gingivo-stomatite sur VIH/SIDA	04	03,28
Traumatismes bucco-dentaires	16	13,11
Total	122	100

Les 8 cas, d'accidents hémorragiques d'origine dentaire étaient survenus plus souvent suite à l'extraction des molaires du maxillaire (75% des accidents hémorragiques d'origine dentaire N=6) et surtout des dents de sagesse (62,50% des accidents hémorragiques d'origine dentaire, N=5). Tous les cas de saignement accidentel par suite d'avulsion dentaire étaient des hémorragies retardées et survenues avec la technique d'extraction dentaire courante.

Ces hémorragies retardées dues à l'extraction dentaire ont associé dans leurs manifestations cliniques, outre le saignement anormal, 2 cas d'évanouissement dont le délai de consultation depuis le début de la crise remontait à 24 heures et 48 heures.

Tableau 3 : Répartition des complications hémorragiques selon le type de dent causale de l'extraction dentaire, le délai de survenue et la durée de l'accident hémorragique

Dent extraite	Délai de survenue	Durée de l'accident	Effectif	Pourcentage
(18)	48h	72 h	1	12,50
(18)	12h	72 h	1	12,50
(28)	48h	48 h	2	25,00
(48)	24h	24 h	1	12,50
(17)	6h	48 h	1	12,50
(26)	72h	48 h	1	12,50
(37)	8h	48 h	1	12,50

Les autres actes thérapeutiques à risque hémorragique concernaient : le détartrage-curetage parodontal, l'exérèse de tumeur osseuse ou muqueuse, l'incision et drainage d'abcès muqueux, la gingivectomie, et la gingivoplastie qui n'avaient enregistré aucune complication hémorragique dans cette série.

- Examens complémentaires demandés

Sur les 344 patients de la série, 197 (57,26 %) avaient bénéficié des examens complémentaires à travers un total de 209 explorations réalisées. Sur les 16 explorations de la TS et TCA, 8 cas soit 50 % ont été effectués dans le cadre du bilan de la crise hémorragique, les 8 autres étaient prescrits dans des phases préopératoires d'extraction dentaire par alvéolectomie. Deux sujets ont bénéficié d'un groupage sanguin et Rhésus dans l'urgence.

Les explorations ayant objectivé des résultats positifs ainsi que leurs fréquences relatives de réalisation sont illustrées dans le Tableau 4

Tableau 4 : Répartition des examens complémentaires selon le nombre d'explorations, la nature, et le taux des résultats

Examen complémentaire	Nombre d'explorations	Résultats positifs	Nombre (%)
NFS	8	Anémie et leucopénie neutrophile	3 (37,50)
TS -TCA	16	Perturbation	4 (25)
INR	06	Perturbation	1 (16,66)
Groupage sanguin et Rhésus	02	Groupe A Rhésus positif (A ⁺)	1 (50)
		Groupe O Rhésus négatif (O)	1 (50)
Clichés radiographiques	167	- Effraction tubérosité maxillaire	2 (1,20)
		- Communication bucco-sinusienne	1 (0,59)
Sérologie Rétrovirale VIH/SIDA	10	Séropositifs	4 (40)

3.2 Aspects thérapeutiques

L'objectif du traitement était d'arrêter le saignement qu'il soit normal ou pathologique.

L'acte initial devant tous les cas de saignement consistait en la compression locale au moyen du compresse-gaz.

Des compresse imbibées d'hémostatiques et des sutures avec fil résorbable 3.0 ont été associées pour 10 cas dont (5 cas) parmi ceux d'origine post-extractionnelle et (5 cas) pour ceux d'étiologie traumatique.

La prise en charge des 2 cas avec évanouissement avait nécessité une transfusion sanguine à raison d'une pochette de 1 Kg de sang correspondant pour chacun. Le groupage sanguin et Rhésus avait révélé pour l'un, un groupe de type A Rhésus positif (A⁺), et pour l'autre le type O Rhésus négatif (O⁻).

Leur prise en charge s'était effectuée dans le cadre de l'urgence chirurgicale post-opératoire, en co-disciplinarité avec le service d'Anesthésie-Réanimation.

La communication bucco-sinusienne avait nécessité une sinuso-plastie par lambeaux après hémostase par compresse imbibé d'hémostatique. Un traitement médical à base d'antibiotiques, d'antiseptiques locaux (bains de bouche) et anti-inflammatoires avait été associé dans tous les cas.

La maîtrise des complications hémorragiques avait été obtenue dans un délai moyen de 1 à 24 h dans la plus part des cas.

Les gingivo-stomatites à manifestation hémorragique ont été prises en charge par un traitement spécifique au plan local et général.

Au niveau local le détartrage à l'ultrason et l'assainissement de la cavité buccale par le traitement antiseptique local à base de bains de bouche à la chlorhexidine associé à une antibiothérapie a été appliqué dans tous les cas.

Le traitement général a consisté en la prise en charge du facteur étiologique associé. Des sujets avaient été référés (30 au total) pour une prise en charge générale dont 18, (60 %) en médecine générale, 4 cas (13,33%) en hématologie, 4 cas en cardiologie (13,33%), et 4 cas (13,33 %) vers les structures de prise en charge des sujets vivant avec le VIH/Sida.

Tableau 5 : Répartition des patients selon les traitements spécifiques locaux reçus

Traitement spécifique	Effectifs	Pourcentage
Détartrage à l'ultrason	40	32,78
Compression hémostatique	122	100
Suture muqueuse + compression	10	08,19
Electrocoagulation	13	10,65
Cautérisation à l'acide trichloracétique (AT)	08	06,55
Réanimation-Transfusion sanguine	02	01,64

Pour les 122 cas de saignement accidentel ou pathologique l'évolution avait été favorable avec l'arrêt du saignement dans la plus part des cas. Deux cas de complications collatérales tardives sous forme d'alvéolite infectieuse post-avulsionnelle avaient été enregistrés après les épisodes de complications hémorragiques chez 2 sujets.

DISCUSSION

- Méthodologie

Cette étude a permis à travers les 344 sujets étudiés d'apprécier dans sa globalité et sa diversité le potentiel de risque de l'hémorragie buccale et surtout de distinguer les cas de saignements buccaux pathologiques ou accidentels des cas normaux ou volontairement provoqués, le plus souvent par un acte thérapeutique chirurgical. En considérant que tout saignement buccal normal ou provoqué, peut dans certaines circonstances (effets des facteurs locaux ou généraux intrinsèques ou extrinsèques) évoluer en complication hémorragique, ou que toute hémorragie buccale spontanée d'origine pathologique puisse exprimer les signes d'une maladie d'ordre général, cette étude se devait donc d'être suffisamment inclusive dans sa série. Les conclusions de cette étude pourraient donc eu égard à son cadre (Centre de référence au Togo) s'appliquer aux différents aspects de ce sujet à propos des hémorragies buccales mais aussi, faire l'objet de comparaison avec celles d'autres travaux d'étude d'Afrique ou d'ailleurs.

- Fréquences des hémorragies buccales

A travers les 24,62% de prévalence hospitalière, les hémorragies buccales avaient représenté une part importante des consultations du service d'odontostomatologie du CHU-CAMPUS de Lomé. En se focalisant sur le seul aspect des urgences hémorragiques, AHOSSI et coll. avaient trouvé 3% de prévalence dans leur série [7]. De façon générale les résultats des différentes études épidémiologiques à ce sujet sont habituellement marqués par des contrastes qui

peuvent s'expliquer par les disparités des méthodologies et surtout l'utilisation des échantillons non représentatifs ^[8]

- Sexe- Âge

Les sujets des deux sexes étaient concernés par les hémorragies buccales même si l'on pouvait relever une ascendance féminine avec 53,78% des cas de la série. Cette prédominance pourrait d'ailleurs s'expliquer par le constat habituel d'une plus grande fréquentation des sujets du sexe féminin à la consultation et aux soins Odonto-stomatologiques.

Nos résultats à propos de la plus grande représentativité des patients dont l'âge était compris entre 40 et 49 ans et la faible fréquence de ceux entre 0 et 19 ans étaient comparables à d'autres résultats de travaux d'étude notamment à ceux du rapport d'une équipe de l'OMS^[8] et ceux du Congo-Brazzaville ^[9] ou ceux rapportés par VAUTHIER ^[10]

Motifs de consultation

A propos du motif de consultation (50,85% des cas pour la douleur et 17,90% pour la gingivorrhagie) nos résultats sont comparables à ceux de GANDEGA ^[11] Il est vrai que la douleur est un motif cardinal en Odonto-Stomatologie, mais tout saignement de la cavité buccale devrait aussi faire l'objet d'une grande préoccupation eu égard au risque élevé de complications de ces hémorragies buccales. Vu la fréquence élevée des saignements anormaux dans cette étude, l'on devait s'attendre à une plus forte mobilisation pour la consultation à ce motif. Un effort de sensibilisation à l'endroit des populations devrait amener à une plus grande prise de conscience quant à la nécessité de se faire consulter au moindre saignement de la cavité buccale. Le saignement apparaît le plus souvent en phase aiguë de la pathologie causale, marquée par la douleur, justifiant ainsi ce couplage remarquable des deux motifs dans nos résultats. Ce lien entre la phase d'évolution de la maladie causale et la survenue de l'hémorragie buccale pathologique

avait été déjà souligné dans des travaux d'étude en Afrique ^[11].

Antécédents pathologiques ou thérapeutiques.

Sur un total de 27 sujets de la série avec un antécédent médical, 13 cas, soit 48,15% étaient des diabétiques. Le diabète apparaîtrait donc comme un important facteur de risque des hémorragies buccales. Selon les travaux d'étude d'IONESCU et coll., le risque des maladies parodontales hémorragiques était trois fois plus élevé chez le diabétique ^[12]. Il en serait de même pour l'hypertension artérielle (HTA) avec 22,22 % de cas d'antécédents dans la série ou pour les malades sous anticoagulant dont le contrôle de l'INR devient ainsi une nécessité pré-chirurgicale. La faible représentation des hémopathies parmi les cas d'antécédents (07,41% N=2) dans cette série ne devrait pas quant à elle amener à négliger le fait que l'hémorragie de la cavité buccale peut être dans bien des cas révélatrice de ces pathologies. Pour MEZGHICHE et coll ^[1] toute anomalie de l'hémostase telle qu'une gingivorrhagie, des pétéchies ou une ecchymose devrait d'ailleurs faire évoquer une hémopathie dont elle n'en serait qu'un symptôme inaugural. L'Odonto-stomatologiste qui est bien souvent le premier témoin de ces signes précoces est ainsi interpellé sur le rôle important qu'il serait amené à jouer pour le diagnostic précoce des hémopathies à haut risque d'hémorragie buccale ^[1].

Considérant l'état général de nos malades, il avait été jugé bon pour la grande majorité des cas. (96,80 % des cas). De l'analyse de nos résultats, même si l'état général du malade ne semblait pas être un élément directement significatif de l'évaluation des risques hémorragiques, une éventuelle pathologie dont il serait par ailleurs tributaire devrait faire l'objet d'une attention particulière dans tout dispositif de prévention ou de prise en charge du saignement buccal anormal.

Etats bucco-dentaires des malades

A travers les 73 sujets (21,22 % des cas) avec présence de tartre sur les arcades dentaires, le rôle de la mauvaise hygiène bucco-dentaire dans la survenue des hémorragies buccales pathologiques est mis en exergue. En favorisant les dépôts de tartre, responsables de l'inflammation et du saignement gingival, la mauvaise hygiène bucco-dentaire devient ainsi un important facteur de haut risque de survenue de l'hémorragie pathologique de la cavité buccale ; Vue l'ampleur du déficit à propos de la pratique de l'hygiène bucco-dentaire évoquée dans des travaux d'étude en Afrique ^[11], le risque de survenue des hémorragies pathologiques serait donc très élevé. La prévention des hémorragies de la cavité buccale implique donc également la nécessité de la sensibilisation pour une bonne pratique de l'hygiène buccale d'où l'opportunité d'appliquer des programmes de lutte contre les maladies bucco-dentaires incluant l'Information, l'Education et la Communication (IEC) dans les stratégies de base.

Examens complémentaires

Un total de 217 examens complémentaires était réalisé au bénéfice de 197 sujets sur les 344 que comptait la série. Les explorations ont concerné l'imagerie et l'hématobiologie. Cette part élevée de la radiographie (167 clichés exploratoires) relevait plutôt de son importance traditionnelle dans la pratique odonto-stomatologique. La radiographie, notamment le cliché panoramique dentaire ou retro-alvéolaire est l'examen complémentaire par excellence pour le diagnostic de la pathologie bucco-dentaire comme en témoignent des travaux d'études réalisées dans ce même cadre d'étude ^[13, 14] Son intérêt dans cette série était matérialisé par sa sensibilité aux deux effractions de la tubérosité maxillaire et à la communication bucco-sinusienne qui étaient des lésions respectivement associées à trois cas d'hémorragie buccale accidentelle dus à l'extraction dentaire. Les explorations spécifiques directement liées à l'hémorragie ou

à ses conséquences ont été paradoxalement très faiblement représentées dans cette série. Sur les 16 explorations du TS et du TCA, 8 cas soit 50 % avaient été effectués dans le cadre du bilan de la crise hémorragique. La sensibilité du TS et du TCA sur les 16 explorations remontait à 25% avec un temps anormalement rallongé chez 4 patients pouvant permettre ainsi d'expliquer la complication hémorragique pour ces cas. Dans le contexte africain où la notion de bilan de santé est souvent méconnue de la plus grande partie des populations, il y a nécessité d'une plus grande préoccupation hématologique pré-chirurgicale afin de prévenir la survenue d'éventuels accidents hémorragiques buccaux, peropératoires ou retardés.

La NFS mais aussi le Taux de prothrombine (TP) demeurent entre autres, un important moyen d'évaluation du risque ou des conséquences hémorragiques ou de la situation hémostatique. Ces deux explorations auraient pu avoir plus de considération dans cette série et même s'imposer dans le cadre d'un bilan d'hémostase systématique préopératoire. L'INR est aussi un important indicateur de la situation hémostatique même si son intérêt dans cette étude était essentiellement focalisé par le souci du contrôle de la situation hématologique des malades sous traitement anticoagulant comme préconisé dans des travaux d'étude ^[15]

Etat bucco-dentaire et pathologies associées à l'hémorragie buccale.

La carie dentaire notamment dans les cas de destruction coronaire importante (chicot dentaire) tout comme les dépôts de blocs de tartre sur les arcades, exposent par microtraumatismes souvent répétés de la muqueuse, la cavité buccale au saignement pathologique. Dans cette série, l'hémorragie, normale ou pathologique était survenue dans un contexte de cavité buccale contenant des dents cariées dans 38,92% de cas, (N=137), des blocs de tartre chez 20,74 % des sujets (N=73). A l'origine de tous ces facteurs est évoquée

la mauvaise hygiène bucco-dentaire d'où il conviendrait bien de souligner le rôle essentiel de la prévention de ces maladies bucco-dentaires pour réduire le risque de survenue des hémorragies pathologiques de la cavité buccale.

Facteurs étiologiques

Les actes de chirurgie bucco-dentaire étaient pour l'essentiel à l'origine des hémorragies buccales provoquées ou accidentelles. Les extractions dentaires occupaient 73,04% de ces actes. Parmi les 122 cas de saignement buccal anormal de la série, 8 soit 6,55% étaient des complications hémorragiques d'origine thérapeutique dues à l'extraction dentaire. Malgré leur faible taux dans la série, ces complications hémorragiques liées à l'extraction dentaire présentaient pourtant les cas les plus graves dans leurs manifestations. Ce résultat dans notre série à propos du rôle de l'extraction dentaire parmi les actes en cause des complications hémorragiques buccales est en parfaite concordance avec ceux de la littérature [16, 17, 18]. La totalité des complications hémorragiques post-avulsionnelles est survenue avec la technique de l'extraction dentaire de pratique courante. Il s'est agi d'hémorragies retardées, et provenant plus souvent de site alvéolaire de molaires maxillaires extraites (75% des cas soit 6 cas sur les 8). La prédominance du groupe dentaire molaire du maxillaire pourrait trouver une des raisons au niveau local, à travers l'aspect anatomo-histologique de cette base osseuse. [19, 20] Le maxillaire est en effet un os spongieux et pneumaté donc peu résistant surtout dans sa partie postérieure abritant le groupe dentaire molaire et la tubérosité richement vascularisée. Les risques d'effractions de la tubérosité sont fréquents notamment lors de la luxation molaire (surtout la dent de sagesse) durant le protocole d'extraction de pratique courante (deux effractions de la tubérosité et une perforation sinusienne dans cette série). Cet aspect spongieux donc fragile de l'os a pour conséquence, les

fréquentes lésions d'effraction exposant le réseau vasculaire maxillaire surtout en cas d'effort excessif de luxation dentaire. Ainsi pourraient s'expliquer les plus fréquentes complications hémorragiques, tardives ou immédiates à ce niveau. La fréquence élevée des extractions dentaires notamment des molaires parmi les actes courants de soins bucco-dentaires selon de précédents travaux d'étude au CHU-Campus de Lomé [21] devrait donc interpeller les praticiens quant aux précautions qui doivent entourer tout acte d'avulsion dentaire.

Le danger avec ces complications hémorragiques par suite d'extraction dentaire réside dans la possibilité qu'elles ont si elles ne sont pas maîtrisées à temps d'évoluer vers des formes de gravité qui mettent en jeu le pronostic vital du sujet affecté comme en témoignent les deux cas d'évanouissement enregistrés dans la série. Les retards de consultation expliquaient en effet l'évolution de la crise hémorragique vers les formes de gravité nécessitant une co-disciplinarité avec le service médical d'urgence (Anesthésie –Réanimation) à la prise en charge de ces cas. Cette situation doit faire appeler aussi bien le praticien que le sujet traité à une prise de conscience quant à la nécessité d'observer toutes les précautions de part et d'autre avant, pendant ou après l'extraction dentaire, quelle que soit la technique utilisée.

A propos des Sites de saignement, les hémorragies accidentelles d'origine dentaire et celles d'origine traumatique provenaient de sites précis, localisables à l'examen (alvéole dentaire, plaie muqueuse). Le cas spécifique des Bantou, au Congo Brazaville [9], illustre le rôle de certaines pratiques dentaires d'ordre coutumier parmi les causes des hémorragies buccales d'origine traumatique. Les causes de ces hémorragies traumatiques dans notre série concernaient surtout les accidents de la voie publique (AVP), les rixes, les traumatismes masticatoires, les traumatismes par les prothèses dentaires défectueuses et les meurtrissures linguales lors de crises convulsives.

Les saignements d'origine pathologique (gingivo-stomatites, parodontites tumeurs muqueuses...) étaient souvent de sources muqueuses éparses ou généralisées donc difficiles à localiser. Les complications hémorragiques accidentelles d'origine thérapeutique étaient essentiellement chirurgicales, et se distinguaient des saignements d'origine pathologique tant par la localisation du site (site opératoire) et par leurs manifestations (abondance du flux hémorragique) que par leur circonstance de survenue (provoquées au cours ou après un acte chirurgical). Aussi leur prise en charge revêt souvent un caractère urgent, par un acte au niveau local (hémostase locale) ou parfois associé à un traitement général. Les stomatorragies dues à une maladie étaient souvent moins abondantes par le flux que les hémorragies buccales accidentelles, à leur survenue la préoccupation étaient plus d'abord diagnostique (recherche de la pathologie causale) et ensuite thérapeutique (traitement de la maladie causale) Toutefois, une importance particulière devrait être accordée à tout saignement anormal de la cavité buccale quelle que soit son origine ou son intensité puisque son évolution peut dans une certaine mesure mettre en jeu le pronostic vital du sujet atteint [22].

Aspects thérapeutiques

L'objectif du traitement était d'arrêter le saignement qu'il soit normal, pathologique ou accidentel. L'acte initial devant tous les cas de saignement avait consisté en la compression locale au moyen du compresse-gaz. Tous les cas de saignements normaux (222 cas) dont 160 cas d'extractions dentaires, s'étaient suffi de la simple compression locale au moyen de compresse-gaz avec comme résultat ; l'arrêt du saignement dans des délais conformes aux normes hématologiques [2, 3, 4, 5 18]

Les cas des gingivo-stomatites hémorragiques ont bénéficié d'un traitement local et général selon les cas. Le détartrage ultrasonique, accompagné de la compression local au gaz imbibé d'eau oxygénée, ainsi que l'assainissement de la cavité buccale (tra-

tement des caries dentaires et parodontites, élimination des chicots etc...) constituaient le traitement local, associant aussi des anti-inflammatoires et antibiotiques par voie générale. Le traitement général concernait les pathologies générales associées. C'est dans cette logique de prise en charge des pathologies générales associées à ces gingivo-stomatites que s'inscrivait la trentaine de cas de référence vers d'autres spécialités médicales concernées Médecine général, Hématologie, Cardiologie, Centre de prise en charge des sujets vivant avec le VIH/Sida)

La notion de crise hémorragique avait pris tout son sens avec les 8 cas de complication accidentelle suite à l'extraction dentaire. L'acte primordial dans ces cas consistait en la localisation de la source alvéolaire du saignement et son traitement hémostatique localement. Le principe de ce traitement local comprenait, la compression au compresse-gaz avec adjonction d'hémostatiques (Sorbacel, Spongel), et des sutures des lèvres alvéolaires avec fil résorbable au besoin. Cette méthode de traitement de la crise hémorragique rejoignait celle préconisée dans la littérature [18, 23]

Sur le plan africain, l'efficacité de ces pansements alvéolaires avait déjà fait l'objet d'une évaluation dans des travaux d'étude au Sénégal [24]. Outre le traitement local, l'administration d'hémostatiques injectables avait été nécessaire chez 3 sujets avec l'arrêt de la crise hémorragique dans un délai de 24 heures pour l'un et de 48 heures pour les autres.

Les 2 cas d'évanouissement enregistrés dans la série étaient pris en charge dans le cadre de l'urgence chirurgicale post-opératoire en associant un service spécialisé (Anesthésie-Réanimation) avec des résultats favorables au bout de 48 heures et 72 heures. Le recours à la technique transfusionnelle en urgence, est une preuve que ces complications hémorragiques peuvent, dans certains cas, sérieusement mettre en jeu le pronostic vital. Ces cas de complication suite à des hémorragies retardées, remettent en

discussion, le sujet sur la problématique des urgences bucco-dentaires, notamment suite à l'extraction dentaire [18, 22, 23]. Des protocoles proposés à ce propos par la littérature [18, 22, 23, 25], évoquent ainsi des orientations de conduite à la fois diagnostiques et thérapeutiques, devant la crise hémorragique de la cavité buccale, et notamment, lorsqu'une extraction dentaire de pratique courante serait prévue :

- dans la phase préparatoire, un interrogatoire devant préciser la tension artérielle (TA), les antécédents hémorragiques éventuels, les traitements en cours (anticoagulants), la notion d'alcoolisme et si aucune anomalie ne s'y révélait, se limiter à l'exploration de la NFS, du TS et TCA, et du TP.

- en cas d'anomalie à l'interrogatoire, compléter les explorations avec le groupage sanguin et Rhésus, le Temps de Céphaline Kaolin (TCK), et le Temps de Quick plasmatique.

- et au moindre doute, d'orienter le sujet vers un centre spécialisé.

L'analyse de la présente série, a permis ainsi de révéler toute l'importance qui devrait être accordée à ce sujet sur les hémorragies buccales.

De par leur fréquence élevée, leur grande diversité étiologique et la gravité de leurs éventuelles complications, les hémorragies buccales pathologiques ou accidentelles deviennent un problème de santé publique au Togo.

Des programmes de formation continue au bénéfice des praticiens de la sphère orale au Togo comme dans les autres pays en développement, devraient, tout en contribuant au renforcement de leur compétence, permettre d'améliorer leur capacité, pour une meilleure prise en charge des hémorragies de la cavité buccale.

CONCLUSION

Eu égard à toutes les analyses faites dans cette étude, tout saignement de la cavité buccale, devrait faire l'objet d'une

attention particulière, son origine recherchée, et sa prise en charge effectuée.

Les hémorragies buccales peuvent être la manifestation locale de maladies générales dont elles pourraient donc orienter le diagnostic et en permettre le traitement.

La sensibilisation pour la pratique d'une bonne hygiène bucco-dentaire devrait permettre de réduire la fréquence des hémorragies buccales pathologiques.

Les actes thérapeutiques à haut risque de complications hémorragiques buccales concernaient surtout les extractions dentaires de pratique courante.

De par la grande diversité étiologique et la gravité de leurs complications, les hémorragies buccales pathologiques ou accidentelles, deviennent un problème de santé publique au Togo.

Il serait nécessaire, de promouvoir la formation continue, sur le renforcement des compétences des praticiens de la sphère orale au Togo, comme dans les autres pays en développement, en vue d'améliorer leur capacité dans la prise en charge des hémorragies de la cavité buccale.

REFERENCES

1. MEZGHICHE Y, LATTAFI R, SAAR B. Que peut cacher une hémorragie buccale ? A propos de deux cas cliniques. 54^e Congrès de la SFMBCB, Résumé des communications, 2011.
2. BENKIRANE S, BENJELLOUN I, NAJIMI H, SOUIEH M, ZERROUR ET COLL. Concept actuel de la coagulation, Maroc Médical, 2009 ; 31 (4) : 287-293.
3. Y LEVI JP, VARET B, CLAUVEL J.P, LEFRERE F ET COLL. Physiologie de l'hémostase en Hématologie et transfusion Elsevier Masson, France 2008, 2^{ème} Edition pp. 311-51.
4. Z Tanaka K.A, Key N.S, Levy J.H. Blood coagulation: Hemostasis and thrombin regulation: Anesth Analg. 2009; 108 (5): 1433-46
5. W Roberts H.R, Monroe D.M, Olivier J.A, Chang J.Y, Hoffman M. Newer concepts of blood coagulation. Haemoph off J World Fed Hemoph. 1998; 4(4): 331-4
6. PONCELET JL. Syndrome hémorragique. SNGTV novembre 2012 Fiche No.177

7. AHOSSI V, PERROT G, THERY L, POTARD G, PERRIN D. Urgences odontologiques. Elsevier Masson SAS; 2007.25-170-A-10, p. 12.
8. RONALD D, JARMIL K. Les Parodontites. Rapport d'un comité d'experts de l'hygiène dentaire, OMS, Genève 1960, 22-27.
9. MOLLOUMBA F., BOSSALIL F., MOLLOUMBA P., BAMENGOZI J. Conséquences à long terme des mutilations dentaires chez les Bantous et Pygmées au nord-ouest du Congo-Brazzaville. Actes Société française d'histoire de l'art dentaire, Brazzaville, 2009, 14 p.
10. VAUTHIER T. Angine bulleuse hémorragique. Rev Mens Suisse Odontostomatol, Vol108:10/1998
11. GANDEGA S. Les maladies parodontales au centre hospitalier universitaire d'odonto-stomatologie de Bamako : à propos de 153 cas. Thèse de Médecine Bamako : FMOSB 2013
12. IONESCU O., SONNET E., ROUDAUT N., PREDINE-HUG F., KEERLA V. Signes buccaux de la pathologie endocrinienne. Annales d'Endocrinologie 2004 65, 5 : 459-465.
13. AGODA P., AGODA-KOUSSEMA K., AMANA B., BISSA H., BETENORA B., ET COLL. Intérêt de l'orthopantomographie dans le diagnostic de la pathologie bucco-dentaire non traumatique : l'expérience du Chu-campus de Lomé. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., Vol. 16, n° 2, 2009, pp. 47-50.
14. AGODA-KOUSSEMA L. K AGODA P., AMANA B., ADJENOU K, DADJI K, ET COLL. Apport de la radiographie panoramique au diagnostic de la pathologie dentaire non traumatique : A propos de 81 cas J. Reh, Sci. Univ. Lomé (Togo) 2009 série D 11(1) : 61-70.
15. GUIDO REBER, ANNE MAURIS, ANDRE DEOM. Quelques données théoriques et pratiques sur l'INR et le Temps de Quick en % (TP %)., Centre suisse de contrôle qualité, OMS. 2005.
16. FEDERATION MONDIALE DE L'HEMOPHILIE. Traitement des hémorragies particulières. Lignes directrices pour la prise en charge de l'hémophile, FMH, 2012.
17. LECLERE-PEIGNELIN C. Urgences dentaires. Collège de médecine d'urgence de bourgogne. Protocole N°37, N° de version : 01 Réf.: CMUB-037 2011 p. 2.
18. JEAN-LOUIS ACHARD. Révision accélérée en Odonto-stomatologie Maloine S.A éditeur 1988 ; Paris France.
19. KAMINA P. Précis d'anatomie clinique 2eme ed. Maloine, Paris, 2004, 2 : 387 p.
20. KAMINA P. Précis d'anatomie clinique Tome II Editions Maloine, Paris. 2002. 2 p
21. AGODA P., BOKO E., TCHAMDJA P., DJAGBA D. L'extraction dentaire au CHU CAMPUS de Lomé(Togo): à propos de 981 malades, de 1996 à 2001. Développement et santé No.178 2005, 17-21.
22. Hassan G. M, Marco F. C. Hémorragie menaçant la vie du patient après extraction des troisièmes molaires : étude de cas et protocole de traitement, J Can Dent Assoc 2002; 68(11):670-4
23. MARCEL PARANT. Petite Chirurgie de la bouche L'Expansion Scientifique Française : (8^e édition) ; 1991, Paris, France
24. GUEYE M. Evaluation des pansements intra alvéolaires post - extractionnelles : à propos de 150 cas. Thèse de chirurgie dentaire année 2005 N° 08 p61
25. PEDINE-HUG F. Approche rationalisée des urgences bucco-dentaires. Guide pratique, SID, 2009.
26. DROUET L. Trouble de l'hémostase et de la coagulation. Orientation diagnostique. Rev Prat 2003; 53: 873-82.