

Collège National  
des Enseignants  
en Chirurgie **Orale**  
et Médecine **Orale**

**cneco**

## **ETIOLOGIE DES HEMORRAGIES BUCCALES**

## ETIOLOGIE DES HEMORRAGIES BUCCALES

Une hémorragie est définie comme un incident per ou post opératoire se traduisant par un saignement continu. Les hémorragies buccales sont le plus souvent d'étiologies locales (en relation avec les lésions vasculaires artérielles ou veineuses provoquées par une intervention), mais elles peuvent aussi refléter un trouble de l'hémostase, une HTA, une hémopathie chronique ou maligne.

### Plan

1. Hémorragies buccales de causes locales
  - a. Complications des interventions de chirurgie orale
  - b. Hémorragies buccales provoquées par un traumatisme
  - c. Lésions buccales hémorragiques
2. Hémorragies buccales associant une cause locale et une cause générale
3. Hémorragies buccales de causes générales
  - a. Avec une symptomatologie buccale apparente et évocatrice
  - b. Sans lésion buccale apparente

## 1. Hémorragies buccales de causes locales

Ce sont les plus fréquentes. L'étiologie est habituellement évidente compte tenu :

- soit des circonstances de survenue,
- soit de la présence d'une lésion hémorragique apparente ou décelable à l'examen Clinique.

### a. Complications hémorragiques des interventions de chirurgie orale

#### i. Peropératoires:

C'est un saignement en nappe (hémorragie veineuse) ou en jet (hémorragie artérielle) inondant le site opératoire et d'origine iatrogène :

- effractions vasculaires,
- déchirures, plaies gingivales ou muqueuses,
- fractures alvéolaires ou tubérositaires,
- plaies ou blessures par instrumentation rotative

#### ii. Postopératoires :

L'hémorragie se manifeste par un suintement ou un écoulement provenant du site opératoire et/ou la présence de caillots exubérants dans la cavité buccale avec une sialorrhée sanguinolente. Les causes sont multiples :

- manifestation retardée d'une cause peropératoire non traitée,
- hémostase non contrôlée, absence de révision du site opératoire,
- persistance de tissu inflammatoire, granulomateux ou kystique, d'apex,
- désagrégation, lyse, infection du caillot,
- bains de bouche précoces, excessifs,
- gestes intempestifs réalisés par le patient : succion, écouvillonnage...

Bien que rare, il faut insister sur le risque hémorragique majeur lié à la présence d'un hémangiome intra-osseux en cas d'avulsion ou de biopsie (radiographie préopératoire indispensable avant toute avulsion).

### b. Hémorragies buccales provoquées par un traumatisme

- fractures, blessures, plaies balistiques,
- traumatismes alvéolo-dentaires,
- plaies des parties molles, du palais.

### c. Lésions buccales hémorragiques

L'hémorragie est ici une manifestation clinique d'une lésion ou d'une affection locale. Il s'agit le plus souvent d'un saignement en nappe ou d'un suintement, spontané ou provoqué (brossage, mastication, toucher), qui est localisé ou diffus selon l'origine :

#### i. Saignement localisé:

- carcinome.

- épulis. qu'il faut différencier des rares lésions polypôïdes hémorragiques de l'angiomatose épithélioïde d'origine bactérienne (infection opportuniste HIV) simulant une épulis ou un sarcome de Kaposi.
- hémangiome sous-jacent (saignement spontané au collet d'une dent mobile),
- lésion parodontale isolée...

ii. Saignement diffus (gingivo-stomatorragies):

- gingivo-stomatite odontiasique, ulcéronécrotique,
- gingivite tartrique. Parodontites...

2. Hémorragies associant une cause locale et une cause générale

Il s'agit d'un saignement peropératoire anormalement abondant, ou d'un saignement post-opératoire, immédiat ou retardé, qui persiste malgré une révision du site opératoire. C'est une cause générale qui favorise ou aggrave l'hémorragie buccale déclenchée par l'acte chirurgical. Des déficits, des troubles qualitatifs plaquettaires, des anomalies des parois vasculaires peuvent ainsi entraîner des syndromes hémorragiques. Hémorragies localisées ou diffuses, elles peuvent se traduire par des manifestations sous muqueuses, pétéchiales, bulleuses ou des hématomes.

Seront à différencier les syndromes hémorragiques liés à une thrombopénie de ceux liés à des troubles de la coagulation.

a. Syndromes thrombopéniques

Il s'agit d'une diminution du nombre de plaquettes :  $< 100\ 000 / \text{mm}^3$

Ces thrombopénies peuvent être :

- D'origine centrale par aplasie médullaire (insuffisance de production, métastases, leucémie);
- d'origine périphérique par excès de destruction dans la circulation (CIVD), par séquestration (hypersplénisme), prise de médicaments et infections virales.

Certaines thrombopénies sont héréditaires ; dans les thrombopathies, le nombre de plaquettes est strictement normal, mais leur adhésivité et leur agrégabilité sont diminuées.

Le diagnostic biologique est posé par une diminution du nombre de plaquettes ;

- jusque 80 000 plaquettes, le TS est pratiquement normal ;
- entre 80 000 et 50 000 plaquettes, le TS augmente et évolue en fonction du nombre de plaquettes ;
- en dessous de 20 000 plaquettes, le risque hémorragique est majeur et incontrôlable localement.

Cliniquement, on observe purpura et gingivorragies spontanées.

En fonction de l'importance du déficit plaquettaire, on retrouvera comme manifestations:

- des gingivorragies spontanées;

- pétéchie, purpura localisés sur les joues, le voile du palais, les piliers amygdaliens;
- des hémorragies lors d'interventions chirurgicales, détartrage...

#### b. Syndromes hémorragiques liés aux troubles de la coagulation

##### i. Les syndromes dus à une anomalie vasculaire :

La Maladie de RENDU-OSLER (angiomatose), maladie héréditaire, caractérisée par des hémorragies muqueuses. On retrouve :

- la présence de télangiectasies cutanées localisées à la limite lèvre rouge, lèvre blanche,
- un réseau capillaire bien marqué : visible sur les faces internes des joues, la langue, le Voile du palais.

##### ii. Les syndromes dus aux troubles de la coagulation :

On citera, en premier, les troubles liés à la prise de médicaments (anti-vitamine K, héparine, anticoagulants oraux).

Chez ces patients, le risque hémorragique est plus important.

Les maladies constitutionnelles héréditaires que sont l'hémophilie A et B constituent les principales causes des syndromes hémorragiques liés aux troubles de la coagulation.

L'hémophilie A et B correspondent à un déficit congénital en facteurs de la coagulation.

Le plus souvent, il s'agit de facteur VIII anti hémophilique A, plus rarement de facteur IX anti hémophilique B.

Les signes cliniques sont associés à des hémorragies graves, toujours provoquées après des traumatismes (les hémarthroses sont fréquentes).

Le diagnostic biologique est donné par un allongement du TCA, le TS reste lui normal.

Le dosage du déficit en facteurs VIII ou IX permettra de préciser le degré de sévérité de la pathologie.

Les interventions de petite chirurgie se feront en accord avec l'hématologue. Si nécessaire, l'injection de facteurs permettra de réduire les risques hémorragiques. Dans tous les cas, seront utilisés des moyens d'hémostase locaux (sutures, colles, éponges, gouttières).

### 3. Hémorragies buccales de causes générales

#### a. Avec une symptomatologie buccale apparente et évocatrice

L'examen buccal révèle d'emblée :

- Soit une atteinte parodontale hyperplasique ou ulcéro-nécrotique caractéristique des cancers hématopoïétiques ou d'une infection HIV, souvent déjà diagnostiqués ;
- Soit une gingivite hyperplasique facilement identifiée : gingivite gravidique, gingivite médicamenteuse (hydantoïne, ciclosporine, inhibiteurs calciques)

#### b. Sans lésion buccale apparente

L'examen buccal est négatif. L'observation du phénomène ou l'interrogatoire révèle alors un suintement spontané provenant du collet des dents qui peut un signe d'appel précoce :

- D'une hémopathie chronique ou maligne : leucémie myéloïde chronique ou lymphoïde, leucémie aiguë, purpuras secondaires, anémies chroniques, maladie de Biermer, maladie d'Hodgkin.
- D'une maladie infectieuse : purpura septicémique, infection HIV...

La chronicité de ces saignements provoque l'apparition d'une gingivite hyperplasique et ulcéreuse qui, favorisée par les surinfections locales, entretient alors le phénomène hémorragique.

**Rédacteur : Pr Benoit Lefèvre**

**Lecteur : Pr Laurent Devoize**

**Remarque et suggestions : [blefevre@chu-reims.fr](mailto:blefevre@chu-reims.fr)**