

HÉMORRAGIE BUCCALE APRES AVULSION DENTAIRE RÉVÉLATRICE D'UNE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE MÉCONNUE: A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

BOUKAIS. Hamid¹, ZERROUKI. Wacila², TAOUG. Amina³

¹Professeur, chef de service pathologie et chirurgie buccale-CHU Blida, Université de Blida- Algérie

²Professeur en pathologie et chirurgie buccale-CHU Béni Méssous, Université d'Alger- Algérie

³Maitre assistante en Parodontologie -CHU Blida, Université de Blida- Algérie

RESUME: Les leucémies ou hémopathies malignes sont caractérisées par la prolifération de précurseurs des cellules sanguines. Selon leur évolution et leur comportement clinique, ces hémopathies peuvent être aiguës ou chroniques. Elles sont également classées en leucémie lymphoïdes ou myéloïdes, en fonction de leur origine histologique.

Nous rapportons à travers ce cas clinique, le cas d'un patient qui a présenté après une avulsion dentaire (17), une complication hémorragique sans cause locale apparente. Le bilan biologique (FNS) était revenu en faveur d'une leucémie lymphoïde chronique, avec une thrombopénie, une anémie et une leucopénie, le malade a été admis en hématologie, où le diagnostic a été confirmé par l'immunophénotypage des cellules, ce qui a permis de faire bénéficier le malade d'une prise en charge spécialisée et précoce en hématologie.

Devant tout saignement buccal provoqué ou spontané inexpliqué, un bilan d'hémostase doit être demandé, celui-ci permet de découvrir une hémopathie grave et méconnue, ce qui permet d'anticiper le diagnostic et d'améliorer le pronostic de l'affection hématologique.

MOTS CLES: Avulsions dentaires – Hémorragies – leucémies

INTRODUCTION

La cavité buccale, « microsysteme », fait partie intégrante d'un « macrosystème » qu'est l'organisme. Ainsi, toute pathologie d'ordre générale peut s'exprimer par des signes buccaux, parfois prodromiques de celle-ci avant même son diagnostic. Inversement, toute pathologie (infectieuse, ou non infectieuse), peut engendrer des manifestations générales. [1]

La survenue d'une hémorragie après une extraction dentaire ou une chirurgie buccale, est une complication possible mais rare. Dans la grande majorité des cas, celle-ci est de cause locale facile à identifier par l'examen clinique et l'interrogatoire [2]. Mais, lorsque la cause locale n'est pas retrouvée, la cause générale doit être fortement suspectée, puis confirmée par les explorations biologiques. Nous rapportons un cas clinique d'un patient qui a présenté à la suite d'une extraction dentaire, une hémorragie importante et inexpliquée. Les explorations biologiques ont permis le diagnostic d'une leucémie lymphoïde chronique non diagnostiquée et méconnue.

CAS CLINIQUE

Le malade S. H, âgé de 49 ans, sans antécédents généraux particuliers lors de l'anamnèse, s'est présenté à la consultation de pathologie et chirurgie buccale, pour l'avulsion d'une 17 délabrée et mortifiée, ayant entraîné plusieurs épisodes infectieux.

L'interrogatoire du patient n'a mis en évidence aucune pathologie générale particulière dans les antécédents. L'examen clinique exo- buccal était sans particularités.

L'examen de la cavité buccale, a mis en évidence la présence de dents cariées nécessitant un traitement conservateur pour certaines et radical pour d'autres. Le reste de l'examen end buccal n'avait révélé aucune anomalie.

L'indication de l'extraction de la 17 étant posé, celle-ci a été faite sous anesthésie locale à l'aide d'un anesthésique contenant un vasoconstricteur, sans aucune précaution particulière, étant donné que le malade était considéré comme « sain » sur le plan général. L'extraction s'est déroulée sans aucune

complication, l'hémostase a été obtenue par compression bi digitale. Le malade a été libéré avec une prescription antalgique pour gérer la douleur post-extractionnelle si elle survient.

24 heures après l'extraction, le malade s'est représenté à la consultation avec une hémorragie vraie, pour la quelle aucune cause locale n'a été retrouvée. L'examen de la cavité buccale, a mis en évidence la présence d'un caillot important exophytique comblant et dépassant les limites de l'alvéole de la dent extraite, très facilement hémorragique au contact.

Dans le cadre de l'urgence, le malade a bénéficié d'un curetage du caillot sanguin, et la mise en place des procédures locales d'hémostase par compression intrinsèque et extrinsèque (Surgicel® + Sutures des berges). Une prescription antibiotique à base d'amoxicilline a été débutée, et un bilan biologique (FNS avec équilibre leucocytaire et un bilan standard de l'hémostase) a été demandé.

Le bilan biologique (FNS) était revenu en faveur d'une leucémie lymphoïde chronique, avec une thrombopénie, une anémie et une leucopénie, le malade a été admis en hématologie, où le diagnostic a été confirmé par l'immunophénotypage des cellules, ce qui a permis de faire bénéficier le malade d'une prise en charge spécialisée en hématologie.



Fig 1 : Hémorragie 24h après l'extraction (volumineux caillot exophytique)



Fig 2 : mise à plat du caillot et hémostase locale.

DISCUSSION

Les leucémies désignent l'accumulation et/ou la prolifération incontrôlée de cellules hématopoïétiques dans la moelle osseuse, elles peuvent être aiguës ou chroniques. [3].

Dans les leucémies aiguës, la lignée cellulaire, faite de cellules jeunes, immatures, envahissant la moelle osseuse, empêche la fabrication normale des autres cellules sanguines. Suivant qu'il s'agisse de la lignée des lymphocytes ou des polynucléaires, on parle de leucémies lymphoïdes ou de leucémies myéloïdes. [4].

La leucémie lymphoïde chronique est le type de leucémie le plus répandu dans le monde occidental. Dans la leucémie lymphocytaire chronique, les cellules B CD5+ subissent une transformation maligne. [5]. Les cellules B sont activées en permanence par l'acquisition de mutations qui induisent une lymphocytose monoclonale à cellules B. À mesure que la leucémie lymphoïde chronique progresse, les troubles de l'hématopoïèse induisent une anémie, une neutropénie, une thrombopénie et une diminution de la production d'immunoglobulines. [6]

La leucémie lymphoïde chronique évolue en 03 stades : [7]

- **Stade A** : lymphocytose (augmentation du nombre de lymphocytes dans le sang) mais absence d'anémie et de thrombocytopenie, moins de 3 régions lymphatiques impliquées

- **Stade B** : lymphocytose mais absence d'anémie et de thrombocytopénie, au moins 3 régions lymphatiques impliquées
- **Stade C** : lymphocytose, anémie et thrombocytopénie

Le traitement des leucémies lymphoïdes chroniques fait appel à la chimiothérapie, la radiothérapie et les thérapies ciblées, la survie varie de 2 à plus de 20 ans, avec une médiane d'environ 10 ans. [8, 9].

Seulement 5 % des LLC s'accompagnent de manifestations buccales. [10] Le diagnostic des LLC est très difficile et beaucoup restent non diagnostiquées à cause de la similitude de cette pathologie maligne chronique avec d'autres maladies. [11].

Même si les signes buccaux des leucémies lymphoïdes chroniques sont rares, il n'en demeure pas moins que lorsqu'ils existent, ils sont prodromiques et annoncent la maladie, souvent non encore diagnostiquée par absence de signes généraux évocateurs qui amènent les malades à consulter. [12].

Les signes buccaux des hémopathies malignes sont variables selon le type de pathologie. Globalement, il s'agit d'ulcérations, d'hypertrophies gingivales, de de hémorragies spontanées ou provoquées. Ce sont des signes dont aucune étiologie locale n'a été identifiée.

Une étude menée par Stafford et ses associés en 1980, en accord avec l'étude de Lynch et Ship en 1967, montre que chez 65 % de leurs patients atteints d'une hémopathie maligne, une anomalie au niveau de la cavité buccale représentait leur motif de consultation initial. [13].

Les odontologistes seraient responsables du diagnostic de 25 % des patients avec une leucémie aiguë myéloblastique et 33 % des patients avec une leucémie aiguë myélomonocytaire, d'où l'importance de savoir reconnaître ces lésions. [14].

Chez notre patient, le tableau clinique était sans aucune particularité, l'examen de la cavité buccale n'a pas permis d'identifier un signe inquiétant qui aurait incité la demande d'une exploration biologique. L'extraction dentaire a été faite sans aucune précaution particulière comme chez tout patient dont l'état général est supposé « sain », la survenue d'une hémorragie postopératoire sans aucune cause locale apparente lors de la consultation aux urgences, a permis de suspecter puis de confirmer le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique au stade 3 conformément à la classification de Binet. (Ibrahim et Cahn [7].)

Lors de son évolution, la leucémie lymphoïde chronique, entraîne entre autres au stade 3 une thrombocytopénie qu'on ne retrouve pas au stade 1 et 2. Cette thrombocytopénie retrouvée chez notre malade a été à l'origine des complications hémorragiques qu'a présenté ce patient.

En réalité, si le malade était connu et identifié en tant que tel avant l'extraction dentaire, les précautions habituelles, recommandées avant le geste opératoire, comme l'utilisation des techniques locales d'hémostase par la compression intra et extra-alvéolaire, ainsi que l'antibioprophylaxie lorsque une neutropénie est retrouvée, auraient permis de prévenir la survenue des saignements postopératoires.

En effet, l'efficacité des procédures locales d'hémostase après extractions dentaires chez les malades à risque hémorragique, comme les patients atteints de thrombocytopénie, a été démontrée par plusieurs études [15 -16]. Ces techniques dont le principe de base est la compression mixte, nécessitent des mesures supplémentaires par la transfusion de plaquettes sanguines lorsque la thrombocytopénie est dite : sévère, c'est-à-dire en dessous de 50000 plaquettes /mm³.

Des auteurs se sont intéressés à l'étude et à la catégorisation des signes buccaux en rapport avec les leucémies et leur importance dans le diagnostic précoce de celles-ci. Selon Lynch and Ship, les principales manifestations buccales retrouvées dans une étude rétrospective de 10 ans menée sur 155 patients sont les saignements gingivaux et muqueux (56 %), les ulcérations (53 %) et les hypertrophies gingivales (36 %). [17]

Selon le même auteur, dans une autre publication, la présence de saignements oraux chez les malades avec des leucémies aiguës joue un rôle significatif sur le taux de survie. En effet, la survenue de saignements buccaux inexpliqués localement, oriente le diagnostic vers un trouble quelconque de la crase sanguine qui sera confirmé par la biologie. Le diagnostic précoce de ces maladies, notamment lorsqu'il s'agit

d'hémopathies maligne, permet de mettre rapidement en œuvre la thérapeutique, améliorant ainsi sensiblement le pronostic. [18].

Une étude conduite par Hou et coll. en 1997 [19], montre un lien entre un taux de plaquettes bas et des saignements gingivaux chez les patients souffrant de leucémie aigüe lymphoblastique. Un taux de plaquettes inférieur à 100000/mm³ a été retrouvé chez 71% de ces patients. ce qui explique les gingivorragies. La prévalence des saignements gingivaux est encore plus importante quand le taux de plaquettes descend en dessous de 25000/mm³.

Chez notre malade, la survenue de l'accident hémorragique après une extraction dentaire, a permis de découvrir une leucémie lymphoïde chronique ayant évolué insidieusement **au stade 3**. Ce malade a été orienté en hématologie où il a subi un traitement approprié de sa maladie, actuellement stable et sous contrôles réguliers.

CONCLUSION

La cavité buccale reflète fidèlement l'état de santé générale des patients par les signes buccaux, souvent précoces, dont elle peut être le siège, les hémopathies en sont un exemple (signes prodromiques). Ce cas clinique met en exergue l'intérêt d'un bon examen clinique à la recherche de tout signe prodromique suspect d'être celui d'une hémopathie, que les examens biologiques pourraient confirmer ou infirmer, d'où le rôle de l'odontologiste. La survenue d'une hémorragie inexpliquée localement, spontanée ou provoquée par une extraction dentaire, chez un malade, doit inciter à la recherche d'une autre cause qui pourrait être une pathologie grave, comme une hémopathie maligne, nécessitant alors un traitement précoce afin d'améliorer son pronostic.

REFERENCES

- [1] Alison Prosper et al. *Les dents et le milieu buccal au cœur de la santé globale. Med (sci), Paris. Volume 40, Number 1, Janvier 2024, P : 10-15*
- [2] Agoda. P et al. *Les hémorragies buccales : aspects épidémiologiques, et cliniques, a propos de 344 cas colligés au chu campus de Lomé. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé / Vol. 20 No. 1 (2018).*
- [3] COSTELLO R, VENTON G, COLLE J ET AL. *LEUCÉMIES AIGUES MYÉLOIDES DE L'ADULTE. EMC : 13-018-G-50. 2018*
- [4] Buffler P.A., Kwan m.L., Reynolds P., Urayama k.Y., 2005. «Environmental and genetic risk factors for childhood leukemia: appraising the evidence». *Cancer Invest*, 23(1):60-75.
- [5] Rawstron AC, Bennett FL, O'Connor SL, et al: *Monoclonal B-cell lymphocytosis and chronic lymphocytic leukemia. N Engl J Med* 359(6):575–583, 2008.
- [6] Semenzato G, Ghobrial IM, Ghia P: *Monoclonal B-cell lymphocytosis, monoclonal gammopathy of undetermined significance, and T-cell clones of uncertain significance: are these premalignant conditions sharing a common identity? Lancet Haematol* 10(7):e549–e556, 2023.
- [7] Ifrah, N., et J.-Y. Cahn. *Hématologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-masson., 2014.*
- [8] Sharman JP, Egyed M, Jurczak W, et al: *Acalabrutinib with or without obinutuzumab versus chlorambucil and obinutuzumab for treatment-naïve chronic lymphocytic leukaemia (ELEVATE TN): a randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet* 395(10232):1278–1291, 2020.
- [9] Shanafelt TD, Wang XV, Kay NE, et al: *Ibrutinib-rituximab or chemoimmunotherapy for chronic lymphocytic leukemia. N Engl J Med* 381:432–443, 2019.
- [10] Francisconi, C. F., R. J. Caldas, L. J. Oliveira Martins, C. M. Fischer Rubira, et P. S. da Silva Santos. « Leukemic oral manifestations and their management ». *Asian pacific journal of cancer prevention* 17, no 3 (2016) : 911-15.
- [11] Freitas, R. D. A., S. S. Veras Barros, et L. B. Quinderé. « Oral burkitt's lymphoma : case report ». *Brazilian journal of otorhinolaryngology* 74, no 3 (2008) : 458-61.
- [12] Gleeson, P. « Spontaneous gingival haemorrhage : case report ». *Australian dental journal* 47, no 2 (2002) : 174-75.
- [13] Bressman, E., J. A. Decter, A. I. Chasens, et R. S. Sackler. « Acute myeloblastic leukemia with oral manifestations. Report of a case ». *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 54, no 4 (1982) : 401-3.
- [14] Stafford, R., S. Sonis, P. Lockhart, et A. Sonis. « Oral pathoses as diagnostic indicators in leukemia ». *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology* 50, no 2 (1980) : 134-39.
- [15] KADDOUR BRAHIM A., STIELTJES N., ROUSSEL-ROBERT V., YUNG F. et GINISTY D. *Dental extractions in children with congenital coagulation disorders: therapeutic protocol and results. Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006;107: 331-337.
- [16] J. Garnier, F. et Al. *Antiagrégant plaquettaire et chirurgie buccale : à propos de 218 extractions dentaires, Département d'odontologie et de chirurgie buccale, faculté d'odontologie, université de Rennes-I, CHU de Rennes. Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2007;108:407-410.
- [17] Lynch, M. A., et I. I. Ship. « Oral manifestations of leukemia : a post-diagnostic study ». *Journal of the american dental association* 75, no 5 (1967) : 1139-44.
- [18] Hou GL, Huang JS, Tsai CC. *Analysis of oral manifestations of leukemia: a retrospective study. Oral Dis.* 1997; 3(1): 31-8.

Conflit d'intérêt : aucun