



Schweizerische Hämophilie-Gesellschaft Association Suisse des Hémophiles

Sekretariat / Secrétariat:

Blutspendedienst SRK, Zentrallaboratorium
Wankdorfstrasse 10 Telefon 031/4122 01
3000 Bern Postcheck-Konto 30 - 7529



Schutzmarke für
gemeinnützige Institutionen

B U L L E T I N N R. 2 5

Bern, November 1973

Aus der Abteilung für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und Kiefer- und Gesichtschirurgie (Vorsteher: Prof. Dr. H. Obwegeser) des Zahnärztlichen Institutes der Universität Zürich

DIE HAEMOPHILIE AUS DER SICHT DES ZAHNARZTES

von Hans Peter M. Freihofer, jr.

Einleitung:

Solange sich der Zahnarzt auf die Behandlung der Zahn-Hartsubstanzen beim hämophilen Patienten beschränken kann, unterscheidet sich diese in nichts von der allgemein üblichen Therapie. Weder das Legen von Füllungen noch die Anfertigung von Kronen stellen ihm besondere Probleme. Die Situation ändert, wenn das Zahnfleisch, die Schleimhaut des Gaumens und der Wange oder die Kieferknochen mit in die Behandlung einbezogen werden müssen. Es bestehen dann die gleichen Schwierigkeiten wie bei jedem anderen chirurgischen Eingriff. Die zahnärztliche Chirurgie hat sich damit - wie die grosse Chirurgie - mit dem Hauptproblem des hämophilen Patienten auseinanderzusetzen: der Nachblutung.

Der Artikel soll daher einen Ueberblick über folgende Fragen geben:

1. Welches sind die hauptsächlichsten zahnärztlich-chirurgischen Eingriffe, bei denen mit einer Nachblutung gerechnet werden muss?
2. Welche Massnahmen stehen zur Verfügung, um die Wahrscheinlichkeit herabzusetzen, dass ein solcher Eingriff durchgeführt werden muss?
3. Ueber welche Möglichkeiten verfügt der Zahnarzt, um das Risiko bei einer unvermeidbaren Operation herabzusetzen?

Die Indikation für zahnärztliche Chirurgie

Am weitaus häufigsten besteht die Notwendigkeit der Extraktion, d.h. der Entfernung eines zerstörten Zahnes oder einer Zahnwurzel. Durch Vernachlässigung der Zahnpflege hat die Zahnkaries - die Löcher in den Zähnen - einen Zahn so weit zerstört, dass er Schmerzen bereitet und dass an eine konservierende Therapie, d.h. Füllungen oder Kronen, nicht mehr gedacht werden kann. Auch Parodontose - Zahnbettschwund - kann zur Extraktion führen, wenn an sich gesunde Zähne extrem gelockert sind.

Bleibt ein "toter" Zahn ohne Wurzelfüllung während einiger Zeit unbehandelt, kommt es zur Infektion der Umgebung, möglicherweise zur Bildung eines Abszesses. Dem angesammelten Eiter muss Abfluss geschaffen werden. Dies ist allein durch eine Inzision - Aufschneiden - der Weichteile über dem Abszess möglich.

Chronische Infektionen an der Zahnwurzel können zu Zysten im Kiefer führen. Sie machen über 90 % aller Kieferzysten aus. Dies sind mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume, die langsam wachsen und den Kieferknochen dabei verdrängen, respektive zerstören. Sie müssen operativ ausgeschaltet werden. Damit begegnen wir einerseits der Gefahr der Infektion, und andererseits wird verhindert, dass schliesslich bei genügender Grösse der Zyste der Kiefer durch eine an sich völlig unbedeutende Gewalteinwirkung bricht. Es sei in diesem Zusammenhang jedoch erwähnt, dass Zysten im Kiefer auch durch andere Ursachen entstehen können, z.B. im Zusammenhang mit retinierten Zähnen, d.h. solchen, die nicht durchbrechen können, oder überhaupt ohne dass ein Zahn die Ursache sein muss. Letztere sind aber sehr selten.

Retinierte Zähne sollen ebenfalls entfernt werden. Abgesehen von der Möglichkeit der Zystenbildung bedeuten sie eine Schwächung des

Kieferknochens und können diesen, wie auch Zahnwurzeln der Nachbarschaft, in Mitleidenschaft ziehen. Weitaus am häufigsten betrifft dies die Weisheitszähne, die insbesondere wenn sie teilweise durchgebrochen sind, auch Beschwerden und sich ausbreitende Infektionen verursachen.

Ein letzter zahnärztlicher Eingriff sei erwähnt: die Wurzelspitzenresektion. Ein Zahn, der unbedingt erhalten bleiben soll, zeigt eine Infektion des Nervkanals. Die Behandlung auf dem normalen Weg, d.h. von der Krone her, ist aber aus irgendeinem Grunde nicht möglich. Als Beispiel dafür sei der Stiftzahn aufgeführt. In solchen Fällen ist es möglich, auf operativem Wege durch den Kieferknochen die Wurzelspitze zu entfernen und damit die Entzündung zur Ausheilung zu bringen und den Zahn zu retten.

Vermeidung zahnärztlicher Chirurgie durch Prophylaxe

Wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, ist ein Grossteil aller zahnärztlichen chirurgischen Eingriffe darauf zurückzuführen, dass Karies und Parodontose ungehindert Zähne und Zahnhalteapparat zerstören können. Es gilt also, dagegen vorbeugende Massnahmen zu ergreifen, d.h. Prophylaxe zu betreiben. Dazu schreibt uns der Fachmann, Prof. Dr. Thomas Marthaler von der Kariesforschungsstation des zahnärztlichen Universitäts-Institutes Zürich folgendes:

Vorbeugung gegen Zahnkaries und Parodontose

Hauptursache der Zahnkaries - oder Löcher in den Zähnen - ist der häufige Genuss zuckerhaltiger Speisen

Entlang dem Zahnfleischrand, in den Zahnzwischenräumen und im Grübchen- und Furchensystem der grossen Backenzähne (oder Molaren) befinden sich Bakterien, die aus diesen Schlupfwinkeln auch bei bester Mundhygiene nur unvollständig entfernt werden können. Jedesmal, wenn zuckerhaltige Nahrung genossen wird, entstehen in diesen Zahnbelägen nach wenigen Minuten Säuren als Zwischen- und Endprodukte der bakteriellen Vergärung des Zuckers. Diese Säuren entkalken den Zahnschmelz und das darunterliegende Zahnbein. Allmählich entsteht ein "Loch". Da gezuckerte süsse Speisereste stets zur zahnzerstörenden Säurebildung führen, ist nicht die Menge des genossenen Zuckers, sondern die Häufigkeit der Einnahme massgebend für den Kariesbefall. Klebrige Speisen wie Kuchen und andere Süssgebäcke sind indessen besonders schädlich, denn die zurückbleibenden Speisereste bleiben lange Zeit in den Schlupfwinkeln des Ge-

bisses kleben. Die bakteriellen Gärungssäuren können dann während mehreren Stunden den Zahn entkalken.

Aus dem Gesagten ergeben sich zwei Grundregeln, deren Befolgung einen weitgehenden oder sogar vollständigen Schutz vor Karies gewährt:

1. Möglichst selten zuckerhaltige oder klebrige Speisen. Neben den Hauptmahlzeiten höchstens zwei Zwischenmahlzeiten pro Tag mit Milch, Frischgemüse, Frischobst, Nüssen, körnigem Vollbrot mit Butter und Käse, ohne gezuckerte Speisen. Keine Dörrfrüchte und keine Bananen als Zwischenmahlzeiten.
2. Gründliche Speiseresten- und Belagsentfernung durch Zähnebürsten sofort nach den Hauptmahlzeiten.

Gegen Zahnkaries ist die Zahnbürste nur dann eine wirkungsvolle Waffe, wenn bestimmte Regeln des wann, wo und wie befolgt werden.

- Wann die Zähne reinigen?
Schon wenige Minuten nach dem Kontakt der zuckerhaltigen Speisen greifen die bakteriell gebildeten Säuren den Schmelz an. Deshalb die Zähne sofort nach dem Genuss von Süßigkeiten - und allgemein nach Nahrungsaufnahme - reinigen, nicht erst vor dem Schlafengehen oder gar vor dem Frühstück.
- Wo die Zähne reinigen?
Natürlich überall, und ganz besonders in den Nischen und Schlupfwinkeln des Seitenzahngbietes, wo am meisten Schäden - "Löcher" - entstehen.
- Wie die Zähne reinigen?
An Aussenflächen durch kleine Auf- und Abwärtsbewegungen zur Reinigung der Zahnzwischenräume. Zahnstocher sind hier willkommene Hilfe.

Die Bakterien der Beläge scheiden auch Giftstoffe aus, die Entzündungen des Zahnfleisches mit Zahnfleischbluten hervorrufen. Beim Zähnebürsten in der Schule findet sich Zahnfleischbluten in rund 50 % der Kinder. Dies zeigt, wie sehr die im allgemeinen schmerzlose und deshalb oft unbemerkte Zahnfleischentzündung verbreitet ist und wie wichtig eine gründliche Zahnreinigung mit Bürste, eventuell unterstützt durch Zahnfaden und Zahnstocher ist. Aus den Zahnfleischentzündungen entsteht beim Erwachsenen die Paradontose: das Zahnfleisch zieht sich zurück, der Zahn wird länger und locker. Die Prophylaxe der Paradontose stützt sich fast ausschliesslich auf die konsequente Mundhygiene.

Wenn die konsequente Behandlung im Kindesalter einsetzt, bestehen

die grössten Chancen, dass der Zahnhalteapparat bis ins hohe Alter gesund und funktionsfähig bleibt. Beim Erwachsenen sind jedoch das Zahnfleisch und das den Zahn umgebende Knochenfach zumeist infolge der chronischen Entzündung in unterschiedlichem Ausmass zurückgegangen. Eine genaue Abklärung und Behandlung durch den Zahnarzt ist dann unumgänglich.

Die Prophylaxe der Zahnkaries hat durch die Verwendung des Spurenelementes Fluor grosse Erfolge zu verzeichnen. Dieser für das tierische und das menschliche Leben unentbehrliche Spurenstoff unserer Nahrung findet sich in Mengen von mehreren Grammen im Körper und ist vor allem in den Knochen und Zähnen eingelagert.

Fluortabletten

Diese sollen sofort ab Geburt der Schoppennahrung beigemischt werden. Vom 3. Altersjahr an sind die Tabletten vor dem Verschlucken möglichst lange im Mund zu behalten oder beim Kleinkind zerbeissen zu lassen. Zahnärzte oder Aerzte stellen das Rezept aus.

Dosierung:

Erste 2 Lebensjahre (0 - 24 Monate): täglich 1 Tablette zu 0,25 mg F. Zweite zwei Lebensjahre (2- und 3-jährige Kinder): täglich 2 Tabletten (0,5 mg F) abends nach dem Zähnebürsten. 4- bis 6-jähriges Kind: täglich 3 Tabletten (0,75 mg F) abends nach dem Zähnebürsten. Ab 6 oder 7 Jahren bis mindestens zum Alter von 18 Jahren: 4 Tabletten zu 0,25 mg F oder 1 Tablette zu 1 mg F an jedem Tag, ebenfalls lange im Munde behalten.

Fluorzahnpasten zur täglichen Zahnpflege.

Vom 4. oder 5. Altersjahr an verschlucken Kinder Zahnpasten kaum mehr. Deshalb kann man ihnen durch regelmässige Verwendung aktiver Fluorzahnpasten (Verminderung neuer "Löcher" um 20 - 30 %) einen vielfach nachgewiesenen, erheblichen zusätzlichen Kariesschutz bieten. Dies führt zu keiner ins Gewicht fallenden Erhöhung der täglichen Fluoreinnahme. Deshalb sind in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern selbst in Gebieten, wo das Trinkwasser genügend oder sogar übermässig Fluor enthält, Fluorzahnpasten frei erhältlich.

Fluorgelée

Vom Alter von 8 Jahren an eine Zahnreinigung wöchentlich mit Fluorgelée, z.B. am Sonntagmorgen.

Die Kombination dieser 3 Massnahmen vermindert das Entstehen von Löchern um rund 70 %. Auch der Erwachsene profitiert von Fluorzahnpasten und wöchentlichem Gebrauch des Fluorgelées!

Eine Gefahr von Ueberdosierung ist bei der empfohlenen Einnahme, kombiniert mit Fluorzahnpasten und Fluorgelée, nicht gegeben. Sie bestünde auch dann nicht, wenn 8- bis 15-jährige Kinder über Jahre täglich 2 bis 4 Tabletten zu 1,0 mg Fluor einnehmen.

Zusammenfassend gelten damit die folgenden Regeln zur Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch:

1. Zucker und gesüsste mehlhaltige Speisen nur zu den Hauptmahlzeiten essen.
2. Zwischenmahlzeiten vermeiden (oder dann nur frisches Obst, Nüsse, Milch, Brot mit Butter, Käse, Fleisch).
3. Gründliches Zähneputzen sofort nach jeder Hauptmahlzeit.
4. Regelmässige und kontrollierte Verwendung des Spurenstoffes Fluor.

Es besteht heute kein Zweifel mehr: jedermann kann sich seine Zähne und sein Zahnfleisch gesund erhalten. Beim Erwachsenen lässt sich der weitere Zerfall durch Anwendung der angegebenen Vorbeugungsmassnahmen abstoppen.

Die chirurgischen Möglichkeiten

Leider lassen sich chirurgische Eingriffe trotz der beschriebenen Prophylaxe-Massnahmen nicht völlig vermeiden. In diesen Fällen kommen vorerst die allgemeinen Massnahmen zur Anwendung, wie sie bei jeder Operation beim hämophilen Patienten Gültigkeit haben. Wir dürfen sie als bekannt voraussetzen und verzichten in diesem Zusammenhang, auf Fragen der Verabreichung von AHF und anderer Ersatzstoffe einzugehen. Es ist selbstverständlich, dass diese in enger Zusammenarbeit mit dem Hämatologen gelöst werden müssen.

Wir sind mit Lautermann (1960) einig, dass allgemein applizierte Hämostyptika wertlos sind. Andererseits sind die Meinungen über die Anwendung von Thrombin-Präparaten im Wundgebiet geteilt. Unbestritten ist jedoch wieder, dass die Verabreichung von Antibiotika zur Herabsetzung des Infektionsrisikos angezeigt ist.

Daneben kann aber der Zahnarzt durch geeignetes operatives Vorgehen die Gefahr zusätzlich verkleinern. Das Behandlungsschema an unserer Klinik unterscheidet sich dabei kaum von demjenigen, das Lautermann 1960 beschrieben hat. Es soll in der Folge etwas näher erläutert werden:

Als oberstes Gebot gilt, den Eingriff so schonend wie möglich durchzuführen, jede unnötige Beschädigung des Gewebes peinlichst zu vermeiden und nur die kleinstmögliche Wundfläche zu schaffen. Wird also z.B. eine Extraktion von vielen Zähnen nötig, kann es angezeigt erscheinen, diese in mehreren Etappen durchzuführen und zwischen ihnen die Abheilung des bereits operierten Gebietes abzuwarten.

Um die postoperative Blutungstendenz einzudämmen, kommen weitere, vorwiegend mechanische Massnahmen zur Anwendung:

Die Wunde soll, wenn möglich, dicht vernäht werden. Dazu werden resorbierbare, d.h. sich auflösende Nahtmaterialien verwendet, die eine Entfernung der Fäden unnötig machen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Kompression der Wunde, d.h. der Druckverband. Das Wundgebiet wird mit einem gewebefreundlichen Stoffverband im Ueberschuss abgedeckt und dieser mit einer sog. Verbandplatte festgedrückt. Die Platte ist am ehesten mit einer Teilprothese vergleichbar; sie wird durch Klammern an den übrigen Zähnen befestigt und ist wenn immer möglich so konstruiert, dass der Patient durch Zusammenbeißen der Kiefer den Kompressionsdruck noch erhöhen kann. Diese Platte wird so lange getragen, bis sich die Wunde völlig verschlossen hat.

Bei Beachtung dieser Regeln gelingt es, das Risiko einer Operation in der Mundhöhle stark zu verkleinern. Wenn wir auch geneigt sind, einen hämophilen Patienten eher zu hospitalisieren, ist es durchaus möglich, kleine, unkomplizierte chirurgische Eingriffe in der ambulanten zahnärztlichen Praxis nachentsprechender Vorbereitung durchzuführen.

Schlussfolgerungen

Auf Grund unserer Erfahrungen möchten wir damit auf die zu Beginn gestellten Fragen antworten und folgende hauptsächlichliche Schlussfolgerungen ziehen:

1. Eine grosse Zahl von zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen ist nur deshalb nötig, weil der Patient der Gebisspflege nicht genügend Beachtung geschenkt hatte. Dies gilt vor allem für die Extraktion von Zähnen und Zahnwurzeln. Andererseits sind trotzdem Operationen im Kieferbereich nicht immer vermeidbar.
2. Dem Zahnarzt steht eine Reihe von lokalen Massnahmen zur Verfügung, um die Blutungstendenz erfolgreich zu bekämpfen. Sie werden unterstützt durch allgemein wirksame Vorkehrungen, die jedoch die Mitarbeit des Hämatologen erfordern.

3. Der hämophile Patient hat alles Interesse daran, an sich unnötige Operationen zu vermeiden. Durch geeignete Prophylaxe (Vermeidung von Zucker und Süß-Speisen neben den Hauptmahlzeiten, richtiges Zähneputzen und Fluor) wie auch durch regelmässige Kontrollen des Gebisses beim Zahnarzt kann dieses Ziel ohne Zweifel erreicht werden.

Zusammenfassung

Einleitend wird auf die generelle Problematik der zahnärztlichen Behandlung am hämophilen Patienten eingegangen. Es folgt eine Beschreibung der häufigsten zahnärztlichen chirurgischen Eingriffe und der Gründe, die dazu führen können. Da unseres Erachtens viele dieser Operationen vermieden werden könnten, werden anschliessend die vorbeugenden Massnahmen eingehend beschrieben. Für Hämophile ist eine konstante gründliche Kariesprophylaxe von besonderer Notwendigkeit. Abschliessend folgt ein Ueberblick über die Vorkehrungen, die es dem Zahnarzt ermöglichen, das Komplikationsrisiko nach einer Operation im Kieferbereich wesentlich herabzusetzen.

De la Clinique de stomatologie et de chirurgie dentaire et maxillo-faciale (Directeur: Prof. H. Obwegeser) de l'Institut de médecine dentaire de l'Université de Zurich.

L'HEMOPHILIE DU POINT DE VUE DU DENTISTE

Introduction

Tant que le dentiste peut se limiter au traitement des substances dures des dents d'un patient hémophile, celui-ci ne se distingue en rien de la thérapie usuelle. Ni la pose des plombages, ni l'exécution des couronnes ne présentent de problèmes particuliers. Il n'en va pas de même lorsque le traitement doit s'étendre aussi à la gencive, aux muqueuses du palais ou de la joue, ou à l'os maxillaire. La chirurgie dentaire se trouve alors - comme la grande chirurgie - confrontée au problème majeur du malade hémophile: l'hémorragie.

Aussi le présent article s'efforcera-t-il de donner un aperçu des questions suivantes:

1. Quelles sont les interventions odonto-chirurgicales principales lors desquelles il faut s'attendre à des séquelles hémorragiques?
2. Quelles mesures peut-on prendre afin de diminuer la probabilité d'avoir à courir le risque d'une intervention chirurgicale?
3. De quels moyens le dentiste dispose-t-il pour réduire le risque d'une opération qu'il ne peut éviter?

L'indication de chirurgie dentaire

Le cas de loin le plus fréquent est la nécessité de l'extraction, c'est-à-dire de l'élimination d'une dent ou d'une racine dentaire complètement abîmée. Par suite de négligence des soins dentaires, les caries - trous dans les dents - ont détérioré une dent au point de la rendre douloureuse et de sorte qu'on ne peut plus songer à une thérapeutique conservatoire (obturations et couronnes). Une paradontose (déchaussement des dents) peut, elle aussi, si elle est extrêmement prononcée, conduire à l'extraction de dents par ailleurs saines, lorsque ces dernières deviennent branlantes.

Si une dent "morte" sans plombage de la racine dentaire demeure sans traitement pendant un certain temps, il s'ensuit une infection de la région avoisinante qui peut amener la formation d'un abcès. Il faut alors ouvrir une voie d'écoulement pour le pus qui s'est accumulé. On ne peut le faire que par une incision pratiquée dans le tissu au-dessus de l'abcès.

Des infections chroniques de la racine dentaire peuvent conduire à des kystes dans la mâchoire. Il s'agit de cavités remplies de liquide, qui grandissent lentement, repoussant l'os maxillaire ou l'endommageant même. Il faut donc les éliminer en opérant pour prévenir le danger d'infection et, en fin de compte, empêcher que, le kyste devenu assez gros, la mâchoire ne se fracture sous l'effet d'une pression en elle-même insignifiante. On relèvera à ce propos que les kystes maxillaires peuvent être dus à d'autres causes, par exemple, à la présence de dents qui n'arrivent pas à percer, ou même que certains kystes sont sans relation avec l'état des dents.

Les dents qui n'arrivent pas à percer doivent, elles aussi, être enlevées. Outre le danger de formation de kystes, elles présentent celui d'un affaiblissement de l'os maxillaire et peuvent le contaminer ainsi que les racines des dents voisines. C'est en particulier le cas pour les dents de sagesse qui, n'ayant percé qu'en partie,

causent des douleurs et la propagation d'une infection.

On mentionnera enfin un dernier type d'intervention chirurgicale: la résection de l'extrémité des racines. Une dent, qu'il faut absolument conserver, présente une infection du tissu entourant le nerf. Le traitement normal, celui pratiqué à partir de la couronne, n'est pas, pour une raison quelconque, possible. Prenons, par exemple, une dent à pivot. On peut, dans ce cas, enlever par une intervention chirurgicale l'extrémité de la racine en passant à travers l'os maxillaire. L'inflammation pourra ainsi être totalement résorbée et la dent être sauvée.

Comment éviter, par des mesures préventives, le recours à l'intervention chirurgicale

Il ressort de ce qui précède qu'une grande partie des interventions chirurgicales sont dues à ce que les caries et paradontoses ont pu librement détériorer les dents et leur support. Il convient donc de prendre les mesures appropriées, c'est-à-dire de faire de la prophylaxie. Un expert en la matière, le professeur Thomas Marthaler, de la station de recherche sur les caries dentaires de l'Institut universitaire de médecine dentaire de Zurich nous écrit à ce sujet:

Prévention des caries dentaires et des paradontoses

La cause principale des caries dentaires - trous dans les dents - est l'absorption fréquente d'aliments contenant du sucre.

Le long du bord gingival, dans les interstices entre les dents ainsi que dans les creux et sillons des molaires, se trouvent des bactéries qu'on ne peut, même avec la meilleure des hygiènes dentaires, faire totalement disparaître de ces recoins. Chaque fois qu'on consomme un aliment saccharifère, se forment, après quelques minutes, dans le dépôt sur les dents des acides, produits intermédiaires ou finaux de la fermentation du sucre. Ces acides décalcifient l'émail de la dent puis l'ivoire qui se trouve en-dessous. Peu à peu se creuse un trou. Etant donné que les résidus sucres de nourriture entraînent toujours la formation d'acides nocifs aux dents, ce n'est pas la quantité de sucre consommé, mais la fréquence de l'absorption qui est déterminante pour la formation de caries dentaires. Des aliments collants tels que des gâteaux et autres pâtisseries sont particulièrement dangereux parce que leurs résidus restent longtemps dans les recoins des dents. Les acides produits par la fermentation peuvent donc attaquer la dent pendant plusieurs heures

On peut dégager de ce qui précède deux règles fondamentales, dont l'observation permettra d'assurer une protection, sinon complète, du moins étendue contre la carie dentaire:

1. Manger le plus rarement possible des aliments saccharifères qui adhèrent aux dents. Ne faire, en dehors des repas principaux, que deux collations intermédiaires au plus par jour, se composant de lait, de légumes ou fruits frais, de noix, de pain complet granuleux avec beurre et fromage, à l'exclusion d'aliments contenant du sucre. Pas de bananes, ni de fruits secs entre les repas.
2. Faire disparaître totalement les restes de nourriture adhérant aux dents en les brossant immédiatement après les repas.

Il faut respecter certaines règles pour que la brosse à dents soit une arme efficace dans la lutte contre la carie dentaire.

- Quand doit-on se nettoyer les dents?
Quelques minutes à peine après que les aliments saccharifères soient entrés en contact avec l'émail des dents, les acides formés par les bactéries commencent à attaquer ce dernier. Il faut donc se nettoyer les dents tout de suite après avoir absorbé des aliments contenant du sucre - ou toute autre nourriture - et non pas seulement avant d'aller se coucher, voire même avant le petit déjeuner.
- Quelles parties des dents faut-il nettoyer?
Naturellement, toute la dent, et surtout les niches et les recoins des régions latérales de la denture où surviennent la plupart des dégâts, les "trous".
- Comment doit-on se nettoyer les dents?
Par de petits mouvements de bas en haut et de haut en bas sur toutes les surfaces extérieures, afin de nettoyer les interstices entre elles. Les cure-dents seront, à cet égard, une aide bienvenue.

Les bactéries dans le revêtement des dents dégagent également des toxines qui provoquent des inflammations et des saignements de la gencive. On constate que, parmi les enfants se brossant les dents à l'école, 50 % d'entre eux environ ont les gencives qui saignent. Ceci montre combien l'inflammation de la gencive - généralement indolore et par conséquent passant inaperçue - est largement répandue et quelle est l'importance d'un brossage minutieux, complété éventuellement par l'emploi de fil dentaire ou de cure-dents. Chez les adultes, la paradontose provient des inflammations de la gencive: celle-ci se rétracte, la dent s'allonge et devient branlante. La

prophylaxie de la paradontose repose presque exclusivement sur une hygiène bucale méthodiquement suivie.

C'est par des soins réguliers dès l'enfance qu'on aura le plus de chances de conserver en bon état, jusqu'à un âge avancé, les dents et leur support. Chez la plupart des adultes, on constate très visiblement que la gencive et l'alvéole osseuse se sont retirées par suite d'inflammation chronique. Un diagnostic exact et un traitement par le dentiste sont alors indispensables.

La prophylaxie de la carie dentaire a obtenu de grands succès en employant le fluor. Cet élément indispensable à la vie animale et humaine se rencontre dans le corps humain à raison de plusieurs grammes et se trouve principalement contenu dans les os et dans les dents.

Les tablettes au fluor doivent, dès la naissance, être mélangées aux bouillies. Dès l'âge de trois ans, il faudra demander à l'enfant de les garder le plus longtemps possible dans la bouche. Le petit enfant les croquera. C'est au dentiste ou au médecin qu'il appartient d'établir une ordonnance.

Posologie: Pendant les deux premières années, de 0 à 24 mois: chaque jour 1 tablette de 0,25 mg F. Pendant les deux années suivantes (enfants de 2 et de 3 ans): chaque jour 2 tablettes à 0,25 mg F le soir après s'être brossé les dents. Pour les enfants de 4 à 6 ans: chaque jour 3 tablettes de 0,75 mg F le soir après s'être brossé les dents. De 6 à 7 ans et jusqu'à l'âge de 18 ans au moins: 4 tablettes de 0,25 mg F, ou 1 tablette de 1 mg F par jour, à garder longtemps dans la bouche.

Les pâtes dentifrices au fluor pour l'usage quotidien. Dès 4 ou 5 ans, les enfants n'avalent plus quère la pâte dentifrice. L'emploi régulier de pâtes dentifrices actives au fluor pourra donc leur apporter une protection supplémentaire importante, qui a été démontrée à plus d'une reprise (diminution de nombre de nouveaux "trous" d'environ 20 à 30 %). Ceci n'entraîne aucune augmentation importante de la quantité de fluor absorbée quotidiennement. C'est pourquoi les pâtes dentifrices au fluor sont en vente libre aux Etats-Unis et dans d'autres pays, même dans des régions où l'eau potable contient assez, voire même trop de fluor.

Gelée au fluor. Dès l'âge de 8 ans, on recommandera un nettoyage hebdomadaire avec de la gelée au fluor, par exemple le dimanche matin.

La combinaison de l'emploi de ces trois produits diminue l'apparition de trous d'environ 70 %. Les adultes, eux aussi, profiteront des

pâtes dentifrices au fluor et de l'emploi hebdomadaire de gelée au fluor!

Si l'on s'en tient aux recommandations qui précèdent, on ne peut s'exposer à aucun risque de surdosage en ajoutant à l'absorption des tablettes l'usage de pâte dentifrice et de gelée au fluor. Aucun danger n'existerait même si des enfants de 8 à 15 ans prenaient journallement, pendant des années, 2 à 4 tablettes contenant 1,0 mg de fluor.

En résumé, voici les règles à observer pour garder des dents et une gencive saines:

1. Ne manger du sucre et des aliments farineux sucrés qu'aux repas principaux.
2. Eviter de prendre des repas intermédiaires. (Sinon, qu'ils se composent de fruits frais, noix, lait, pain et beurre, fromage, viande.)
3. Se nettoyer les dents à fond après chaque repas principal.
4. Utiliser régulièrement, sous contrôle, du fluor.

Sans aucun doute, chacun a, de nos jours, la possibilité de maintenir ses dents et sa gencive en condition saine. On peut aussi, par des mesures prophylactiques appropriées, arrêter chez les adultes leur détérioration.

Les possibilités chirurgicales

Malheureusement, en dépit de toutes les mesures prophylactiques décrites plus haut, on ne peut pas toujours éviter des interventions chirurgicales. Dans ce cas, on recourra tout d'abord à une thérapeutique générale, valable pour toute opération d'un patient hémophile. Nous la présumons connue de nos lecteurs et renonçons donc à aborder ici les questions de l'administration de la fraction anti-hémophilique et d'autres éléments de substitution. Il va de soi que ces problèmes doivent être résolus en collaboration étroite avec le médecin hématologue.

Nous considérons, en accord avec Lautermann (1960), que l'application généralisée des médicaments activants l'hémostase ne sert à rien. Quant à l'emploi de préparations de thrombine dans la plaie, l'opinion est divisée. Toutefois, personne ne conteste qu'il soit indiqué d'administrer des antibiotiques pour diminuer les risques d'infection.

Par ailleurs le dentiste peut, lui aussi, contribuer à diminuer les

risques par un processus opératoire approprié. Le schéma de traitement dans notre clinique se distingue à peine de celui qu'a décrit Lautermann en 1960. Nous l'examinerons ci-après d'un peu plus près:

L'impératif essentiel est d'opérer avec les plus grands ménagements, en évitant scrupuleusement d'endommager inutilement les tissus, et de sorte que la surface de la plaie opératoire soit la plus petite possible. Si, par exemple, l'extraction de plusieurs dents s'avère nécessaire, il pourra être indiqué de la réaliser en plusieurs étapes, attendant, entre chacun d'elles, que la région opérée soit guérie.

Pour enrayer la tendance hémorragique post-opératoire, d'autres moyens principalement mécaniques, sont utilisés: la plaie doit, si possible être cousue à points rapprochés. On utilise pour cela des fils résorbables afin de ne pas avoir à les enlever. Un point particulièrement important est celui de la compression de la plaie par un pansement. La région de la plaie est recouverte très largement d'un pansement de matériel inoffensif pour le tissu, que l'on fixe au moyen d'une plaque de protection. On ne peut mieux comparer cette dernière qu'à une prothèse partielle. Elle est fixée aux dents restantes par des crochets et on la construit, chaque fois que cela est possible, de façon à ce que le patient en serrant les mâchoires puisse encore augmenter l'effet compresseur. La plaque sera portée aussi longtemps que la plaie n'est pas totalement refermée.

En observant ces prescriptions, on réussit à diminuer les risques d'une opération dans la cavité bucale. Bien que nous soyons enclins à préférer l'hospitalisation d'un patient hémophile, il est parfaitement possible, après une préparation appropriée, de procéder à des interventions chirurgicales sans complication en pratique dentaire ambulatoire.

Conclusions

Sur la base de notre expérience, nous aimerions, en conclusion, résumer comme suit nos réponses aux questions énoncées au début de cet article:

1. Une grande partie des interventions de la chirurgie dentaire ne sont nécessaires que parce que le patient n'a pas accordé assez d'attention aux soins de sa denture. C'est avant tout le cas des extractions de dents et de racines. Mais, par ailleurs, des opérations de la mâchoire ne peuvent pas toujours être évitées.

2. Le dentiste dispose de tout un éventail de mesures thérapeutiques locales pour combattre avec succès la tendance hémorragique. Ces mesures s'appuieront sur une thérapeutique générale, demandant la collaboration d'un hématologue.
3. Le patient hémophile a tout intérêt à éviter des opérations non indispensables. Il y parviendra certainement grâce à une prophylaxie appropriée (en s'abstenant de consommer du sucre ou des douceurs en dehors des repas principaux, en se nettoyant comme il faut les dents et en utilisant le fluor), ainsi que par un contrôle régulier chez le dentiste.

Résumé

La problématique générale du traitement dentaire d'un patient hémophile est tout d'abord exposée. Puis vient une description des interventions chirurgicales les plus fréquentes et des causes qui peuvent y conduire. Etant donné qu'à notre avis beaucoup de ces opérations pourraient être évitées, nous avons décrit ensuite en détail les différentes mesures préventives à prendre. Pour les hémophiles, une prophylaxie constante et minutieuse des caries est particulièrement nécessaire. Enfin, nous avons donné un aperçu des mesures qui permettent au dentiste de diminuer notablement les risques de complication après une opération dans la région de la mâchoire.
