مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (35) العدد (3) 2013
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (35) No. (3) 2013

قلع الأسنان عند المرضى الخاضعين للعلاج بالوارفارين (دراسة مستقبلية وصفية)

الدكتور منذر أسعد*

(تاريخ الإيداع 18 / 8 / 2013. قُبِل للنشر في 23 / 9 /2013)

□ ملخّص □

دراسة مستقبلية وصفية تمت على 32 مريضاً من مراجعي قسم جراحة الفم والفكين- جامعة تشرين ممن لديهم أمراض قلبية ووعائية مختلفة والخاضعين للعلاج بمميعات الدم(الوارفارين) حيث هدفت الدراسة إلى تحديد قيم INR التي تجعل بالإمكان إجراء قلوع الأسنان لدى هؤلاء المرضى دون إيقاف أو تعديل في جرعات مميعات الدم وبدون تعريض المرضى لخطورة العمل الجراحي ولإتمام هذه الدراسة قمنا باستخدام المتغيرات التالية: نوع العلاج الجراحي, طبيعة الإصابة القلبية, جرعة مميعات الدم, قيم INR, الطرق المستخدمة في الإرقاء الموضعي.

خضع 56.25 % من المرضى لقلوع أسنان مفردة, 25% قلوع متعددة, 18.75% قلوع جراحية وكان القيم الوسطى لل INR 2.38 بتفاوت طبيعي قدره 0.07 وبمعدل التشتت 0.27 وهذا يعني أنه ذو دلالة ضعيفة وبفضل الطرق المستخدمة في الإرقاء الموضعي لم يحدث أي اختلاط نزفي ما بعد العمل الجراحي لذلك بدا لنا بالنتيجة بأن خطورة حدوث حوادث صمات خثرية ناجمة عن وقف مميعات الدم هي أكثر خطورة على حياة المريض من احتمال النزوف في حال عدم إيقافها.

الكلمات المفتاحية: الوارفارين, قيمة INR , خطر النزف, قلع الأسنان, الجراحة الفموية, أمراض القلب.

* **مدرّس- قسم جراحة الفم والفكين – كليّة طب الأسنان- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.**

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (35) العدد (3) 2013
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (35) No. (3) 2013

Dental Extraction in Patients Receiving Warfarine Therapy (Prospective Descriptive Study)

Dr. Mounzer Assad *

(Received 18 / 8 / 2013. Accepted 23 / 9 / 2013)

□ ABSTRACT □

The study is prospective and descriptive. It take place in the department of oral surgery in Tishreen university.

It concerned 32 patients presented a cardiovascular pathology, having required an warfarine therapy, and also need an act of oral surgery. The objective of this study was to determine the INR value making possible to carry out an act of oral surgery without haemorrhagic risk. We exploited the following parameters: identification of the patient, oral state, type of oral surgery, type of cardiopathy, AVK posology, INR value, means haemostasis.

56.25% of our patients had undergone a single extraction, 25% had beneficed multiple extractions, and 18.75% had profited from surgical extraction.

The average value of the INR was 2.38 with an variance of 0.07 and an ecart type of 0.27. In favour of the haemostat means, no haemorrhagic complication post operational was revealed. It is allowed that the risk of thromboembolic accident by stoping the treatment is much more prejudicial than hemorrhagic risk for the patent.

Keywords: warfarine, INR value, hemorrhagic risk, oral surgery, cardiopathy.

* **Assistant Professor, Department of Oral Surgery, Faculty of Dentistry, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

يعد النزف الذي يعقب قلوع الأسنان أمراً طبيعياً، يمكن السيطرة عليه بسهولة، من خلال اتباع بعض التعليمات، إلا أنه من غير الملائم تناسي حقيقية خطورة هذا النزف في بعض الحالات الأخرى، لاسيما عند أولئك الذين يتناولون أدوية تؤثر في آليات تخثر الدم وتعيقه، إذ أنّ هناك نسبة كبيرة من مرضانا اليوم، يتناولون أدوية يطلق عليها مميعات الدم أو مضادات التخثر (anticoagulante drugs)

وتوصف هذه الأدوية، كوقاية وعلاج في آن معاً، في العديد من الأمراض يمكن أن نذكر منها [1]:

1- الخثار الوريدي العميق (deep vein thrombosis).

2- الصمات الرئوية (pulmonary embolism).

3- الأمراض الوعائية الدماغية (cerbro vascular diseases).

4- الأمراض والاضطرابات القلبية.

وتعد مركبات الكومارين (coumarine compounds) هي الأدوية الأكثر استخداماً في العالم في سبيل تحقيق تميع الدم، وعلى رأس هذه المركبات يأتي مركب الوارفارين (warfarine).

والوارفارين هو من مضادات الفيتامين (k) (Anti vitamine k – A.V.K) ونصف عمره الدوائي حوالي 35 – 45 ساعة ويعطي بجرعات يومية وحيدة على شكل مضغوطات يتراوح مقدارها ما بين 2 – 5 ملغ ويتم تعديل الجرعات من قبل الطبيب المعالج حسب الحالة [1,2]. وتتم المراقبة البيولوجية للمعالجة بهذا المركب باستخدام عدة اختبارات دموية مخبرية كاختبار (PT) أو اختبار (INR).

أما بالنسبة لاختبار PT فهو قياس زمن البروثرومين (Prthrombine Time) وهو عبارة عن قياس زمن التخثر للبلازما الدموية الممزوج بالستيرات وبوجود الترمبوبلاستين والكالسيوم وهو بالطبع يستكشف الطريق الخارجي للتخثر الذي يتدخل فيه عوامل التخثر المرتبطة بالفيتامين K وهي [X, VII, V, II, I].

ويعبر عن نتيجة هذا الاختبار بالثواني اللازمة لحصول تخثر بلازما المريض مقارنة بـ PT الشاهد والذي تعتبر قيمة طبيعية من قبل المخبر ويكون PT الطبيعي عادة ما بين 12 – 15 ثا حسب حساسية الترمبوبلاستين ويختلف من ترومبوبلاستين لآخر.

أما فيما يخص اختبار INR وهو مختصر لكلمة (International Normalized Ratio) أو ما يسمى نسبة المقايسة الدولية الذي تم وضعه عام 1982 ويستخدم عالمياً منذ ذلك الحين، إذ أنه يسمح بمعايرة اختبارات الـ PT وقياساته رغم اختلاف حساسية الترمبوبلاستين السابق الذكر [3].

غالباً ما يعتري طبيب الأسنان، القلق عندما يجري تداخلاً جراحياً فموياً لمثل هؤلاء المرضى خوفاً من خطورة حصول نزف لا يستطيع إرقاءه ويطرح دوماً السؤال التالي: هل نوقف مؤقتاً هذه المميعات أو نستمر بها قبل إجراء التداخل الجراحي؟.

كل تعديل بالمعالجة لدى هؤلاء المرضى تعرضهم لحصول خطر صمات خثرية وتشير المعطيات الحالية في الأدب الطبي بأن احتمالية خطورة حوادث الصمات الخثرية (Thromboembolique) نزداد بنسبة 0.02 – 1 % مع حصول عقابيل خطيرة عند 70 – 75% في حالات حوادث الصمات الخثرية الشريانية و 4 – 10% من حوادث الصمات الوريدية [4]. ويعج الأدب الطبي بالجدل العلمي حول موضوع إيقاف مميعات الدم قبل التداخل الجراحي الفموي.

أهمية البحث وأهدافه:

يهدف البحث لتحديد قيم INR التي تسمح بإجراء تداخل جراحي فموي (قلوع أسنان) بدون خطورة حصول نزوف تالية للقلع وبدون إيقاف مميع الدم في آن معاً.

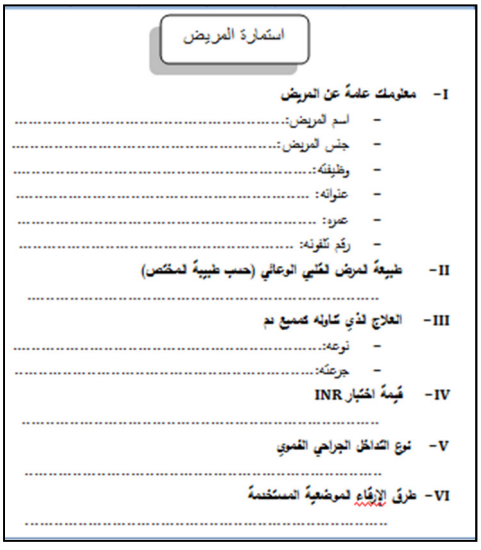
طرائق البحث ومواده:

الدراسة هي دراسة مستقبلية وصفية، إذ تم اختيار العينة من المرضى المراجعين لعيادات التخدير والقلع في قسم جراحة الفم والفكين– جامعة تشرين لعام دراسي كامل 2013 والذين يحتاجون لقلوع أسنان مفردة أو متعددة أو جراحية في كلا الفكين العلوي والسفلي.

وممن يعالجون بمضاد تخثر A.V.K (وارفارين) لأسباب مرضية مختلفة وشملت العينة 32 مريضاً تراوحت أعمارهم ما بين 30 سنة و84 سنة في متوسط عمري قدره 57 سنة توزعوا (26 أنثى و6 ذكور).

وقد تم خلال الدراسة جمع المعلومات عن المرضى من خلال تعبئة استمارة متعلقة بكل مريض ، آخذين بعين الاعتبار المعطيات التالية كما يبين الشكل (1):

1- معلومات عامة عن المريض.
2- طبيعة المرض القلبي والوعائي.
3- جرعة الوارافارين المتناولة.
4- قيم اختبار INR
5- نوع التداخل الجراحي الفموي.
6- الطرق المستخدمة في الإرقاء الموضعي.



استمارة المريض

I- معلوماتك عامةً عن المريض
- اسم المريض:.....
- جنس المريض:.....
- وظيفته:.....
- عنوانه: .....
- عمره: .....
- رقم تلفونه: .....

II- طبيعةُ المرض القلبي الوعائي (حسب طبيبةً المختص)
.....

III- العلاج الذي يتناوله كمميع دم
- نوعه:.....
- جرعته:.....

IV- قيمةُ اختبار INR
.....

V- نوع التداخل الجراحي الفموي
.....

VI- طرقُ الإرقاء الموضعيةُ المستخدمةُ
.....

شكل (1): يبين شكل الاستمارة المستخدمة في البحث.

وكان قد طلب من كل مريض من هؤلاء المرضى إجراء تحليل INR أو إذا كان له تحليل INR منذ 24 ساعة على الأكثر.

وبعد ذلك تم إجراء القلوع لديهم حسب المعتاد بعد إجراء التخدير الموضعي بالارتشاح أو بالرباط باستخدام مخدر الليدوكائين 2% ومقبض وعائي $\frac{1}{80000}$ وقد أجرى القلع إما باستخدام الكلابات أو الروافع أو بعد إجراء شقوق جراحية إذا لزم الأمر:

وقد تم تأمين الإرقاء بعدة طرق حسب Descrozailles [5].

وهي من ثلاثة أشكال:

1- عبر الضغط الداخلي ضمن السنخ من خلال دك مادة مرقئة ضمن السنخ قابلة للامتصاص (جلفوم) أو أي مادة أخرى كـ surgicelle ويطلب بعدئذٍ من المريض أن يضغط بقوة على قطعة من الشاش معقمة لفترة 10 – 15 دقيقة.

2- وإما عبر الضغط الخارجي للسنخ ويتم فيه إجراء ضغط قوي ما بين السبابة والإبهام لضب حواف اللثة بواسطة قطعة شاش معقمة ويُطلب بعدها من المريض أن يعضَّ عليها بشكل قوي لمدة 10 – 15 دقيقة.

3- وهو نوع مختلط يمزج ما بين الشكلين السابقين, ويبدأ بتطبيق الماء الأوكسجيني 10% ثم ندخل قطعاً من surgicelle أو الجلفوم ضمن السنخ ونقوم بعدها بإجراء الخياطة التي تسمح بإبقاء المادة المرقئة ضمن السنخ ويوضع بعدها قطعة شاش سميكة معقمة ليضغط المريض عليها بأسنانه.

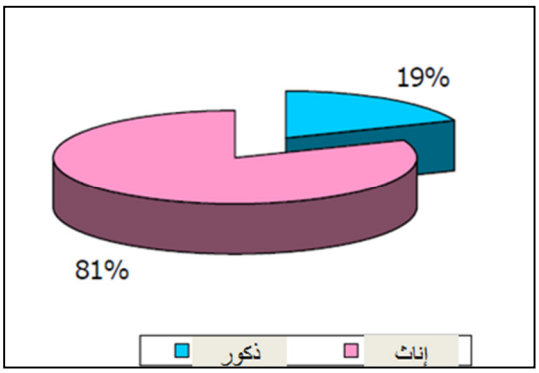
وكانت تتم مراقبة المريض بعد إجراء القلوع وتطبيق طرق إيقاف النزف المذكورة لمدة 30 دقيقة ليتم بعدها تقييم النزف الحاصل وكنا نطلب في كل مرة من المريض مراجعتنا للتأكد من الإرقاء.

النتائج والمناقشة:

النتائج الإحصائية:

1-توزع المرضى حسب الجنس:

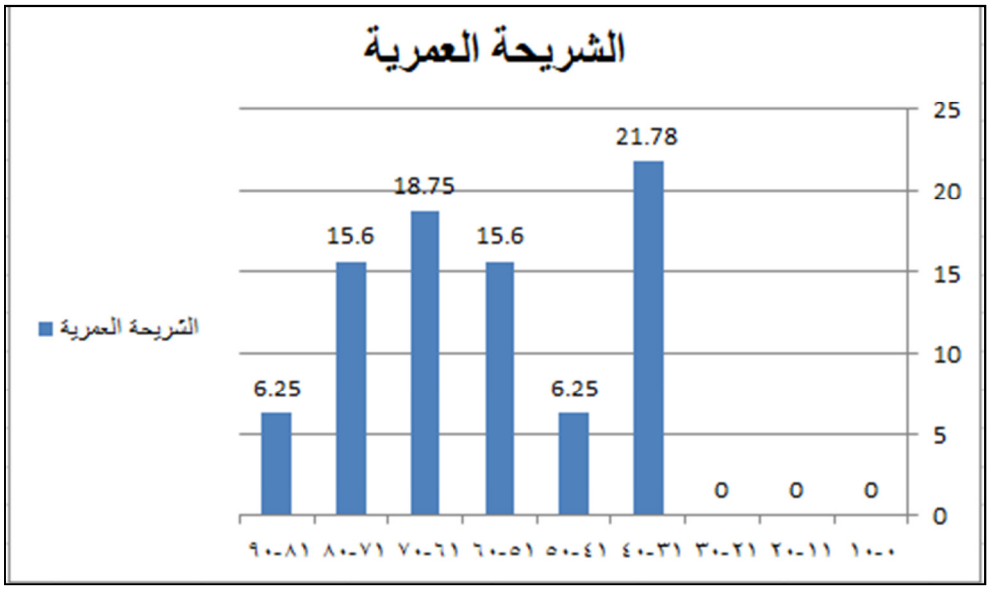
توزع المرضى حسب الجنس الشكل (2) 81% من المرضى كانوا من النساء مقابل 19% من الرجال بنسبة 0.23 .



الشكل (2): يدل على توزع المرضى حسب الجنس

2- توزع المرضى حسب العمر:

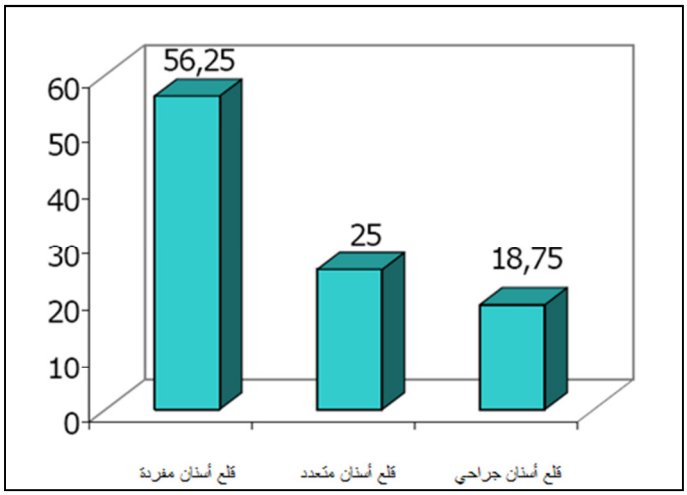
كانت الشرائح العمرية الأكثر وروداً في العينة هي ما بين 31 و 40 سنة أي بنسبة 21.78 من المرضى وكان متوسط أعمار المرضى 57 كما يبين الشكل(3).



الشكل (3): يدل على توزع 32 مريضاً حسب الشرائح العمرية

3- توزع المرضى حسب نوع العمل الجراحي الفموي:

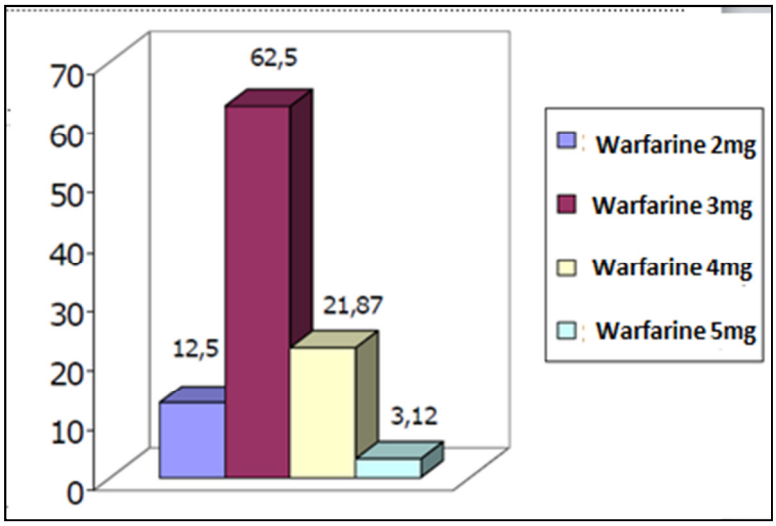
أكثر من نصف المرضى كانوا قد خضعوا لقلع سن وحيد بنسبة 56.25% بينما الذين خضعوا لقلوع متعدد بنفس الجلسة كانوا بنسبة 25% وبنسبة 18.75% للذين خضعوا لقلوع جراحية كما يبين الشكل (4).



الشكل (4): يبين توزع 32 مريضاً حسب نوع المعالجة الجراحية الفموية

4- توزع المرضى حسب جرعة (A.V.K):

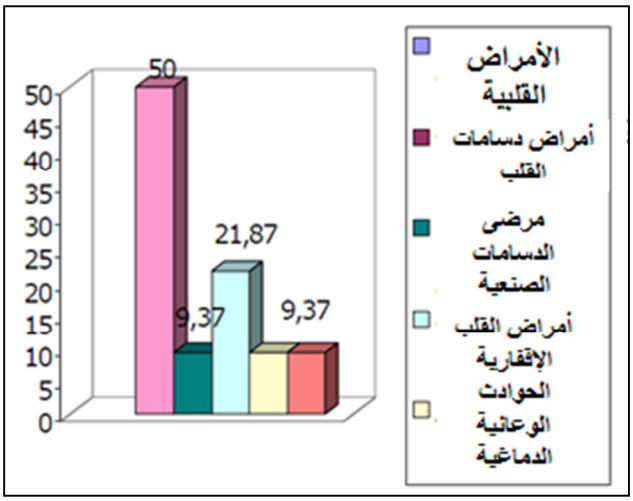
كان الوارفارين هو (A.V.K) المستخدم عند كل المرضى عن الطريق الفموي بجرعة يومية مضبوطة من قبل الطبيب المختص لكل مريض حيث كان 62.5% من المرضى يتناولون جرعة قدرها 3 mg باليوم و 12.5 % يتناولون جرعة قدرها 2 mg و 21.78% يتناولون جرعة قدرها 4 mg و 3.12% يتناولون جرعة قدرها 5 mg باليوم كما يبين الشكل (5).



الشكل (5): يبين توزع 32 مريضاً حسب جرعة الوارفارين المتناولة

5- توزع المرضى حسب طبيعة المرض القلبي والوعائي:

كان لدى 50% من المرضى إصابات في دسام القلب و21.78 % كان لديهم أمراض قلبية إقفارية و 9.37% يحملون صمامات قلبية صنعية و 9.37% من المرضى قد تعرضوا لحوادث وعائية دماغية كما يبين الشكل (6).



الشكل (6): يبين توزع 32 مريضا حسب طبيعة الإصابة القلبية والوعائية

6-توزع المرضى حسب قيم ال INR, نوع التداخل الجراحي الفموي وطرق الإرقاء الموضعي المستخدمة:

حيث يبين الجدول (1) توزع 32 مريضاً حسب قيم ال INR, نوع التداخل الجراحي الفموي وطرق الإرقاء الموضعي المستخدمة وقد جرت الدلالة على الإرقاء نوع (1) هو عبارة عن ضب حواف السنخ بينما الإرقاء نوع (2) دل على وضع مادة مرقئة ضمن السنخ ومن ثم وضع ضب حواف السنخ والضغط على قطعة شاش معقمة أما النوع(3) فهو استخدام النوع (2) مع خياطة حواف الجرح.

الجدول (1): يبين توزع 32 مريضاً حسب قيم ال INR, نوع التداخل الجراحي الفموي وطرق الإرقاء الموضعي المستخدمة

رقم العينة	قيمة INR	نوع العمل الجراحي الفموي	الطرق المستخدمة في الإرقاء
1	2	قلع سن مفرد	نوع (1)
2	2	قلع جذر جراحي	نوع (2)
3	2.04	قلع سن مفرد	نوع (2)
4	2.04	قلع سن مفرد+ تفريغ عظمي	نوع (3)
5	2.1	قلع سن مفرد	نوع (2)
6	2.12	قلع جراحي+ فصل جذور	نوع (2)
7	2.13	قلع سن مفرد	نوع (1)
8	2.15	قلع سن مفرد	نوع (1)
9	2.19	قلع جذر جراحي	نوع (2)
10	2.19	قلوع متعددة	نوع (2)
11	2.2	قلع جراحي	نوع (2)
12	2.21	قلوع متعددة	نوع (3)
13	2.21	قلع سن مفرد	نوع (1)
14	2.29	قلوع متعددة	نوع (3)
15	2.30	قلوع متعددة	نوع (3)
16	2.31	قلع سن مفرد	نوع (1)
17	2.34	قلع جذر جراحي	نوع (1)
18	2.31	قلوع متعددة	نوع (1)
19	2.38	قلوع متعددة	نوع (3)
20	2.39	قلع سن مفرد	نوع (2)
21	2.4	قلوع متعددة	نوع (3)
22	2.59	قلوع متعددة	نوع (2)
23	2.69	قلع سن مفرد	نوع (2)
24	2.69	قلع سن مفرد	نوع (2)
25	2.7	قلع سن مفرد	نوع (1)
26	2.71	قلوع متعددة	نوع (3)
27	2.71	قلوع متعددة	نوع (3)
28	2.74	قلوع متعددة	نوع (2)
29	2.75	قلوع متعددة	نوع (1)
30	2.75	قلع سن مفرد	نوع (1)
31	2.83	قلوع متعددة	نوع (3)
32	2.84	قلوع متعددة	نوع (2)

المناقشة:

لقد صادفنا بعض الصعوبات في إيجاد أفراد العينة وضمهم لها، لأنه كان من الضروري اختيارهم على أساس قيم INR المستقرة والتي تتراوح ما بين 2 و3 والتي تم إجراء اختبارها قبل 24 ساعة على الأكثر من التداخل الجراحي الفموي [6].

هذا المعدل لـ INR كان قد اعتبر بالقيمة العلاجية الفعالة للوقاية من حوادث تشكل الصمات الخثرية التي قد يكون لها الأثر الخطير على حياة المريض إذا ما حدثت.

كنا قد لاحظنا ووجود هيمنة نسائية على العينة إذ كانت نستهم 81,25% ويمكن أن نوضح ذلك وبكل سهولة إذ أن هذه الإصابة الوعائية القلبية عند الإناث تعود إلى أسباب متعلقة بالوضع الاجتماعي والمهني لمراجعي عيادات التخدير والقلع من كلية طب الأسنان، فأغلب هؤلاء المرضى ينتمون إلى مستوى اجتماعي واقتصادي متدنٍ تنتشر فيه السمنة المفرطة عند النساء، والسكري ويضاف إلى ذلك تدني في الوعي الصحي في معالجة بعض الأمراض التي من شأنها أن تؤثر على القلب، كالتهاب البلعوم واللوزات المتكررين، مؤدية إلى انتشار ما نسميه التهاب المفاصل الروماتيزمي وكذلك إصابة الدسامات القلبية الروماتيزمي. والذي نشاهد هيمنته على الإصابات القلبية في العينة وهذا في الحقيقة صفة عامة للمجتمعات المتخلفة صحياً واجتماعياً [7,8].

لقد كان قلع الأسنان هو المسيطر على التداخلات الجراحية الفموية، ولم يرضَ هؤلاء المرضى إلا قلع الأسنان كخيار علاجي، وقد كان في كثير من الأحيان هو الخيار الوحيد للتأخر الحاصل والإهمال للحالة السنية الفموية العامة لهؤلاء المرضى والذي يعود أيضاً إلى نفس الأسباب التي ذكرت من نقبل من جهل وفقر وعدم وعي صحي.

خضع جميع أفراد العينة لقلع الأسنان 56,25% قلوع مفردة وما تبقى 43,5% قلوعاً متعددة أو جراحية، مما كان يؤهب لجروح أكثر امتداداً أو عدة بؤر نزفية في آن واحد وهذا ما دفعنا إلى ضبط الإرقاء بشدة للحيلولة دون حدوث اختلاطات نزفية وكنا نتجنب تمزق الشريحة أو إحداث كسور في إحدى الصفائح السنخية القشرية [9,10].

لقد كان الوارفارين هو المركب الدوائي الموحد بين أفراد العينة كمضاد للتخثر، ففعاليته معروفة في الأوساط الطبية ويتم تقدير هذه الفعالية من خلال اختبار قيم INR العلاجية والمتفق عليها في معظم المراجع ما بين 2 و3 [1,11].

وتبين القيم الصعيفة للتفاوت 0,07 ولقيم الانحراف 0,27 بأن مقدار التشتت لمعدل INR هو مقدار ضيق وقليل الدلالة إذ يقع حول المتوسط الذي مقداره 2.38.

سمحت هذه القيم بإجراء مختلف أنواع القلوع في عينتنا دون تعديل أو إيقاف في مميع الدم.

لقد أوضحت العديد من الدراسات إمكانية إجراء تداخلات جراحية على الفم والأسنان دون إيقاف أو تخفيض في جرعات مميع الدم بشرط أن يكون INR مستقراً أو أقل من 4 وأن يكون البروتوكول الجراحي مضبوطاً وصارماً وذلك عن طريق امتلاك وضبط طرق إرقاء النزف [12].

لقيد بينت الدراسة أن 50% من الإصابات القلبية في العينة هي ذات طبيعة مرتبطة بأمراض الدسامات (valvualo pathey) والتي تعد من أكثر الإصابات القلبية إحداثاً للصمات الخثرية وهذا ما يبرر ضرورة العلاج المستمر بمميعات الدم الفعالة والمراقبة بشكل جيد.

لقد لجأنا في 68,75% من الحالات إلى استخدام أسلوب الإرقاء من النوع الأول والثاني حسب (5) Descrozoeltes الذي ذكر سابقاً. أما فيما تبقى من الحالات أي 31,75% من الحالات فقد لجأنا للنوع المختلط .

ولم نلحظ أية اختلاطات نزفية خطرة أو كبيرة لم نستخدم أية أدوية موضعية أو عامة في الإرقاء لأن الطرق الموضعية التي استخدمناها وعلى بساطتها كانت ذات فاعلية كبيرة وهذا ما يؤكد [13].

وبالنظر للخطورة الكبيرة الكامنة والمشاركة لإيقاف مميعات الدم الذي كان يوصى به سابقاً، من الواجب إعادة النظر الآن بهذه الممارسة [14].

ففي بحث قام به Troulis [1] في الولايات المتحدة الأمريكية على 109 مرضى يعالجون بمضاد التخثر (AVK) وكان INR يتوضع ما بين 2 و3 برهن على أنه بالإمكان قلع الأسنان دون تعديل في جرعات مميعات الدم.

وفي دراسة أخرى قام بها Wahl [4] على 249 مريض وتم إجراء 543 قلعاً لأسنانهم وتم توزيعهم على 5 مجموعات حسب قيم INR ولم يجد أي دلالة إحصائية ذات قيمة بينهم.

في مجموعتنا لقد كان استخدام وسائل الإرقاء الموضعية كافية للوقاية من النزف بعد العمل الجراحي من خلال مراجعتنا للأدب الطبي لقد بدا واضحاً بأن الاختلاطات الناجمة عن الصمات الخثرية المرتبطة بتعديل أو إيقاف مميع الدم هي أكبر بكثير من الأخطار النزفية [15] وقد بين البحث بأن النزوف التي حصلت بعد القلوع السنية كانت نزوفاً بسيطةً بالنسبة للأخطار المحتملة لحدوث الصمات الخثرية فيما لو أوقف المميع قبل التداخل الجراحي الفموي وهذا ما نتفق فيه مع Campbell [16].

الاستنتاجات والتوصيات:

إن التقييم السريري للأخطار النزفية بعد تداخل جراحي فموي عند المرضى الخاضعين للعلاج بمميعات الدم يبين بأنه من غير الضروري إيقاف مميعات الدم أو تعديل المعالجة بها، بيد أنه من الواجب امتلاك القدرة على استخدام وسائل الإرقاء الموضعية المناسبة وامتلاك تقدير جيد لحالة الإرقاء عند المريض بالنسبة لحجم العمل الجراحي المزمع إجراؤه. لكن إذا كانت قيمة INR أكبر من 3 فمن الواجب أن يعالج المريض في المشفى بالتعاون مع طبيبه المختص.

المراجع:

[1]- TROULIS, M. J; HEAD, T. W; LECLERC, J. R. *What Is The INR?.* Can Dent J, Vol. 62, No.5, 1996, 428-430.

[2]-HARRISON. *Harrison`s Principles of Internal Medicine*. 12th .ed., Wilson, J.D., et al, Inc New York, 1991, 348-351.

[3]-ANDREWS, T. C; PETERSON, D. W; DOEPPENSCHMIDT, D; FOSTER, J. S; LUCCA, M. J; DEERING, J. A; LAVEAU, P. J. *Complication of Warfarine Therapy Monitored By The International Normalized Ratio Versus The Prothrombine Time Ratio*. Clin Cardio, No.18,1995, 80-82.

[4]- WAHL, M. J. *Dental Surgery in Anticoagulated patients*. Arch. Intern. Med, Vol. 158, No. 15, 1998,1610-1616.

[5]-DESCROZAILLES, C. H; DROUILLAT, J. P.*Le Risque Hemorragiaue Chez Les Cardiaques.* Actual Odonto-stomatol, No.32, 1978, 245-282.

[6]- LEVESQUE, H; PERSON, M. J. *Antiagregants Plaquettaires et Antivitamine K en Stomatologie et Chirurgie Maxillo- Faciale.* Rev Stomatol Chir Maxillofac, No. 104, 2003, 80-90.

[7]- DIALLO, M. *Attitudes Du Chirurgien Dentiste Devant Un Malade Atteint De Troubles Cardio-Vasculaires*. Thèse Chir Dent, No.23, 1997.

[8]- KOLOKOTRONIS, A. *Connaissances Actuelles Sur La Flore Buccale Et Son Eventuelle Implication Dans L`etiopathogenie De L`infection a Distance.* Quintessence Du Congres de L` Association Dentaire Francaise, No.5, 2005, 167.

[9]- SAMSON, J; BERNARD, J. P; SCHEFFER, P. *Avulsions Dentaires et Troubles de L'hémostase.* Inf dent, No.3,1982,162 – 163.

[10]- EVANS, B. E; IRVING, S. P; ALEDORT, L. M. *Can Anticoagulant Be Continued Diuring Dental Extraction. Results of a Randomized Controlled Trial*.
Br J Oral maxillofac surg, Vol. 40, No.3, 2002, 248 – 252.

[11]- SOUTO, J. C; OLIVIER, Z; AZUAZU, Z. I; VWES, A;
FOUTAUBERTO, J. *Oral Surgery in Anticoagulated Patients Without Reducing The Dose of OralAnticoagulant* : A Prospective Randomized Study. J oral maxillofac surg, Vol. 54, No. 1, 1996, 27 – 32.

[12]- *Societe Francophone de Medecine Buccale et Chirurgie Buccale et Societe Francaise de Cardiologie. Recommandations Pour Prise En Chirurgie Bucco-Dentaire*. Med Buc Chir, No.4, 2006, 189-211.

[13]- BLINDER, D. D; MANOR, Y; MARTINOWITZ, U; TAICHER, S; HASLIOMER, T. *Dental Extraction In Patients Maintained On Continued Oral*
Anticoagulant : Comparison Of Local Hemostatic Modalities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, Vol. 88, No.2, 1999,137-140.

[14]- CAUTALOUBE, D; RIVES, J. M; DAIZE, E; JALLERAS, J. P.
Traitement Préventif et Curatif Des Hhémorragies Opératoires. EMC Stomatologie Odontologie, 1991, 11.

[15]- WAHL, M. J. *Myths Of Dental Surgery In Patients Receiving Anticoagulant Therapy*. J Am Dent Assos, Vol. 131, No.1, 2000, 77 – 81.

[16]- CAMPBELL, J. H; AWARADOT, F; MURRAY, R. A. *Anticoagulation and Minor Oral Surgery : Should The Anticoagulation Regimen Be Altered ?*. J Oral Maxillofac Surg, Vol. 58, No. 2, 2000, 131 – 135.