

Käkkirurgiska ingrepp på patienter som behandlas med blodförtunnande läkemedel

Idag är det vanligt att patienter behandlas med blodförtunnande läkemedel. Blodförtunnande läkemedel kan delas in utifrån verkningsmekanism och vilken del av hemostasen som påverkas.

Huvudgrupperna är:

- A. Trombocythämmande läkemedel
- B. Perorala antikoagulantia (warfarin och NOAK)
- C. Parenterala antikoagulantia (till exempel heparin)

Målsättningen är att vi inom tandvården ska kunna behandla denna grupp av patienter på ett säkert sätt och blödande ingrepp ska kunna utföras utan att behöva sätta ut aktuellt läkemedel och därmed riskera eventuell livshotande tromboembolisk komplikation. För att kunna behandla dessa patienter på ett säkert sätt bör man känna till olika delar av hemostasprocessen (primär hemostas, sekundär hemostas och fibrinolys).

Hemostas

Primär hemostas

I den primära hemostasen samverkar kärilskontraktion, kärilväggen, den underliggande bindväv och trombocyter i en process i vilket slutprodukten är bildandet av en trombocytplugg. Den processen gör att det slutar blöda inom 8 minuter. Trombocyternas funktion och antal påverkas både av sjukdomar (ovanligt) och läkemedel (relativt vanligt).

Sekundär hemostas (koagulation)

Den sekundära hemostasen är en komplex process där koagulationsfaktorer aktiveras och därmed initieras koagulationskaskaden där slutprodukten blir proteinet fibrin som har till uppgift att armera och stabilisera blodkoaglet.

Blodförtunnande läkemedel

A. Trombocythämmare

Behandling med trombocythämmare ges framför allt som profylax och behandling vid arteriell hjärt-kärlsjukdom. Behandling med endast ett trombocythämmande preparat (så kallad singelbehandling) är ofta livslång profylax. Exempel på trombocythämmare: Trombyl, Brilique, Plavix, Klopido-grel med flera.

Det är viktigt att man känner till att även receptfria analgetika innehållande ASA och COX hämmare (NSAID) hämmar primär hemostas, exempelvis Aspirin, Treo, Bamy, Ibuprofen. .

Ibland används dubbelbehandling med trombocythämmare bland annat efter stentimplantation i kranskärl eller halskärl, efter svår kärilkramp, hjärtinfarkt eller stroke/TIA, exempelvis Trombyl och Brilique.

B. Perorala antikoagulantia

Syftet med den antikoagulerande behandlingen är att förebygga livshotande tromboembolisk komplikation. Exempel på tillstånd som behandlas med antikoagulantia är: djup ventrombos, lungembolism, hjärtklaffprotes, förmaksflimmer, efter stroke eller hjärtinfarkt.

Ett stort antal undersökningar visar att man vanligtvis inte bör sätta ut dessa läkemedel inför mindre blodiga ingrepp (exempelvis enstaka extraktioner, depuration etc.) i munhålan. Operatören bör ha goda kunskaper om läkemedlet och lokal hemostas. Orsaken till denna regim är att risken för emboliska komplikationer, inklusive död, är större än risken för blödningskomplikationer. Perorala antikoagulantia inkluderar vitamin K-hämmare warfarin (Waran) samt licenspreparaten Marcoumar®, Sintrom® eller Marevan® och non vitamin K antagonist orala antikoagulantia (NOAK), ”nya antikoagulantia (Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana).

C. Parenterala antikoagulantia

Heparin och lågmolekylärt heparin (LMH) – till exempel Heparin, Innohep, Fragmin och Klexane. Dessa läkemedel används som förebyggande behandling vid ökad risk för att få blodproppar. De används också för att underlätta upplösning av blodproppar som redan bildats. De tas också när man inte kan ta warfarin eller vissa andra antikoagulantia, till exempel i samband med operationer eller graviditet. Medicinerna tas som en spruta i underhuds fettet i magen.

Rutiner vid blodiga ingrepp i munhålan

Observera vikten av en god anamnes där man ordentligt penetrerar om patienten har lätt för att blöda, vilka preparat patienten tar och vilken indikation som föreligger för antikoagulantibehandling. Viktigt är också om det finns andra läkemedel som kan påverka blödningsrisken, till exempel analgetika, antibiotika, SSRI, naturläkemedel.

A. Trombocythämmande läkemedel

Trombocythämmande läkemedel ska inte sättas ut före tandbehandling. Ingreppet utförs så skonsamt som möjligt. Använd gärna lokalanestesi med adrenalintillsats om patientens tillstånd tillåter detta. Dubbelbehandling med trombocythämmare är ofta tidsbegränsad och lämpligen kan elektiv åtgärd uppskjutas tills kombinationsbehandling har avslutats. Om detta inte är möjligt kan åtgärd utföras under skärpt observans under och efter ingreppet. Vid tveksamma fall kontakta behandlande läkare.

B. Patienter som står på vitamin K-hämmare warfarin (Waran) eller DOAK/NOAK

(Direktverkande orala antikoagulantia/Non-vitamin K antagonist orala antikoagulantia)

Effekten av behandling med AVK-medel anges idag som en kvot – INR (Internationalized Normalized Ratio). Senare års studie visar att målvärdet bör vara PK/INR 2,5 / ±0,5 för majoriteten av patienterna.

Warfarin (Waran)

Vid ”**mindre**” kirurgi så som extraktioner, depuration kan patienten stå kvar på Warfarin med PK(INR)-värdet bör då inte överstiga 3,0. Patienten ska informeras om att ta ett PK-prov före kl. 11:00 dagen före planerat ingrepp, provet kan tas på valfri provtagningsenhet i Regionen. Vid PK(INR)-värdet > 3,0 skjuts ingreppet upp och kontakt tas med patientens AK-mottagning för hjälp med dosjusteringen.

Obs! Patient ska inte själv ringa AK mottagning.

Vid ”**större**” käkkirurgiska ingrepp såsom operativ extraktion, rotspetsoperation multipla tandextraktioner, kan önskemål om ett visst INR värde anges.

Remiss skickas via Cosmic till aktuell AK-mottagning. För de enheter där detta inte är möjligt används remissmall som finns i T4 som skickas per post. I remissen ska det framgå datum för ingreppet, typ av ingrepp och önskemål om PK(INR)-värde ingreppsdagen. Observera att regionen har tre AK-mottagningar, en på varje sjukhus. AK-mottagningen ska ombesörja utsättning och återinsättning av Warfarin i samband med ingreppet samt informera patienten.

DOAK/NOAK

Patienter som medicinerar med DOAK och är föremål för ”**mindre**” kirurgi kan stå kvar på sin medicinering under ingreppet. Patienten behandlas efter samma riktlinjer som om patienten medicinerade med Warfarin.

Vid ”**större**” kirurgi som operativ extraktion, rotspetsoperation etc bör patienten pausa DOAK/NOAK-behandlingen, oftast 1–2 dagar före planerat ingrepp. Remiss skickas till AK-mottagningen för råd angående utsättning av DOAK/NOAK. Remissen skickas digitalt i Cosmic alternativt per post. Remissen ska innehålla information om ingreppets art samt vilket datum ingreppet ska ske. Remissvaret från AK-mottagningen blir en rekommendation för handläggning av DOAK/NOAK i samband med ingreppet. Behandlande tandläkare ansvarar för att kontakta och informera patienten om hur medicinerna ska tas.

Vid akuta frågeställningar kontakta AK-mottagningen per telefon:

AK-mottagningen Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	tfn: 010-242 19 12
AK-mottagningen Höglandssjukhuset, Eksjö	tfn: 010-243 53 33
AK-mottagningen Värnamo sjukhus	tfn: 010-244 57 10

Vid tandextraktion

- Kontrollera INR-värde inför behandling (gäller warfarin).
- Undvik adrenalinhaltig lokal bedövning då den kan kamouflera en blödning.
- Extraktionen ska ske så atraumatiskt som möjligt. Överväg lambåteknik och rotseparation.
- Överväg försiktig spolning av alveolen med 10 % cyklokapronlösning (lös upp en brustablett Cyklokapron 1 g i cirka 10 ml vatten).

- Tamponera alveolen med lokalt hemostatiskt material (Surgicel, Lyostypt etc.).
- Suturera – se till att sårkanterna sluter till ordentligt.
- Komprimera sårområdet med kompress indränkt i 10 % cyklokapronlösning lösning i 30–60 minuter.
- Beroende på ingreppets storlek och patientens blödningsbenägenhet patient kan fortsätta att försiktig skölja under ca 2 minuter med cyklokapronlösning 3–4 gånger/dag i 1–3 dagar postoperativt.

Vid omfattande depuration

- Kontrollera INR-värde (gäller warfarin).
- Depurera endast några enstaka tänder första gången. Tandköttsfickor kan med fördel spolras med 10 % cyklokapronlösning.

Vid postoperativ blödning

- Lokalisera källan (sug rent, spola bort koagel, avlägsna suturer).
- Undvik adrenalinhaltig lokal bedövning då den kan kamouflera blödningskälla.
- Eventuellt lokalt hemostatikum. (Surgicel, Lyostypt).
- Överväg resuturering.
- Komprimera sårområdet med kompress indränkt i 10 % cyklokapronlösning lösning i 30–60 minuter.
- Cyklokapronsköljning 3–6 gånger/dag tills blödning upphör.

C. Heparingruppen (Innohep, Heparin)

Normalt bör dessa preparat inte sättas ut. Kontrollera vilken dos patienten använder och vid tveksamma fall kontakta behandlande läkare.

D. Kombinationsbehandling

Man ska inte glömma bort att ibland förekommer kombinationsbehandling där både primär och sekundär hemostas är hämmade, till exempel behandling med waran och singel- eller dubbelbehandling med trombocythämmare (så kallad trippelbehandling). Detta medför mycket hög blödningsrisk. Patienter med ”trippelbehandling” (det vill säga kombinerade trombocythämmare och warfarin/NOAK) eller annan kombinationsbehandling som inkluderar Brilique (ticagrelor) remitteras till Käkkirurgiska kliniken för ställningstagande till handläggning.

Kom-ihåg-lista vid operationstillfället

- God anamnes
- God information till patienten och skapa trygghet via ett lugnt förhållningssätt
- Kontrollera INR-värde
- Atraumatisk teknik
- Postoperativ information
- Undvik varm dryck första dygnet
- Undvik analgetika som påverkar trombocytfunktion (ASA, NSAID)

Behandlande tandläkare har det övergripande ansvaret för patienten vilket innebär ansvar för att alla förberedelser är gjorda och att det finns rutiner för den postoperativa övervakningen.

Referenser

1. Tandvårdens läkemedel 2024-2025; Nationell system för kunskapsstyrning Hälsa och sjukvård ; Sveriges regioner i samverkan
2. Astermark J, Berntorp E. Blödningstillstånd. In: Ramström H, ed. Läkemedelsboken 2014. Uppsala: Läkemedelsverket; 2014:287-300.
3. Svenska sällskapet Trombos och Hemostas – www.ssth.se
4. Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas. ”Kliniska råd vid kirurgi och blödning under behandling med perorala trombocythämmare”. www.ssth.se
5. Wallström M, Radulovic V. Oral kirurgi av patienter med ökad blödningsrisk. Tandläkartidningen 2012;104(1):70–4.
6. Johansson K, Götrick B, Holst J, Tranæus S, Naimi-Akbar A. Impact of direct oral anticoagulants on bleeding tendency and postoperative complications in oral surgery: a systematic review of controlled studies. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2023;135:333-46.
7. Engelen ET, Schutgens RE, Mauser-Bunschoten EP, van Es RJ, van Galen KP. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in people on anticoagulants undergoing minor oral surgery or dental extractions. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7:Cd012293.
8. Zaib A, Shaheryar M, Shakil M, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I. Local Tranexamic Acid for Preventing Hemorrhage in Anticoagulated Patients Undergoing Dental and Minor Oral Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2022;10
9. Internetodontologi.se
10. Internetmedicin.se

Om dokumentet

Riktlinjerna är faktagranskade av överläkare Ann-Christin Olsson, hematologkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping.