

Tandvård vid behandling med antikoagulantia och/eller trombocythämmare

Fastställd april 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till april 2022.

Huvudbudskap

- Medicinering med antikoagulantia är livsviktigt för många patienter. I de flesta fall är det möjligt att göra tandbehandling utan att sätta ut antikoagulantia.
- Trombocythämmande läkemedel ska inte sättas ut före tandbehandling.
- Behandlaren ska ha kunskap och rutiner för att kunna hantera ev. blödningskomplikationer. I annat fall bör patienten remitteras till specialist-tandvården.
- Vid kombinationsbehandling med antikoagulantia och en eller flera trombocythämmare bör behandlande läkare eller specialisttandvård kontaktas.

Bakgrund

Denna riktlinje syftar till att ge ökad kunskap och trygghet vid behandling av patienter som står på perorala antikoagulantia och/eller trombocythämmande läkemedel. Riktlinjen gäller för all tandvård inom Västra Götaland.

Att sätta ut antikoagulantia ett eller ett par dygn kan äventyra patientens hälsa och medföra ökad risk för allvarlig blodpropp. I de flesta fall är det möjligt att göra tandbehandling utan att sätta ut antikoagulantia. Undantag kan vara speciella sjukdomstillstånd (se senare i riktlinjen), begränsad erfarenhet hos behandlande tandläkare eller stora geografiska avstånd till sjukhus.

Sjukdomstillstånd som behandlas med blodförtunnande läkemedel

Läkemedelsbehandling med orala antikoagulantia och trombocythämmare är vanligt förekommande vid flera sjukdomstillstånd som drabbar hjärta och kärl (t.ex. tromboembolisk sjukdom, förmaksflimmer, mekanisk hjärtklaffsprotos).

Läkemedel

Blodförtunnande läkemedel delas in utifrån verkningsmekanism och vilken del av hemostasen som påverkas. Huvudgrupperna är:

1 Trombocytaggregationshämmande läkemedel

2 Perorala antikoagulantia (warfarin och NOAK)

Substanser och handelsnamn för läkemedel i de olika grupperna framgår av tabellen nedan.

PRIMÄR HEMOSTAS – vasokonstriktion – trombocytplugg	SEKUNDÄR HEMOSTAS – aktivering av koagulationsfaktorer – fibrinkoagel	FIBRINOLYS – upplösning av fibrinkoagel
Trombocytaggregationshämmare: ASA COX-hämmare (NSAID) dipyridamol (Persantin, Asasantin) klopidogrel (Grepid, Plavix) prasugrel (Efient) ticagrelor (Brilique)	LMH (lägmolekylära hepariner) (Fragmin, Klexane, Innohep) Perorala antikoagulantia: warfarin (Waran, Warfarin) <i>Direkt trombinhämmare:</i> dabigatran (Pradaxa) <i>Faktor Xa-hämmare:</i> apixaban (Eliquis) rivaroxaban (Xarelto) edoxaban (Lixiana)	Fibrinolyshämmare: tranexamsyra (t.ex. Cyklokopron, Cyklo-f, Statraxen)

Hemostasens olika delar

Primär hemostas

Den primära hemostasen innefattar kärlkonstriktion samt trombocytaktivering, -adhesion och -aggregation, vilket leder till bildandet av en trombocytplugg. Denna process gör att det initialt slutar blöda inom några minuter.

Läkemedel som hämmar den primära hemostasen är ASA, COX-hämmare m.fl. – se tabellen. Sjukdomar med defekt primär hemostas är von Willebrands sjukdom, trombocytopeni och trombocytapati.

Sekundär hemostas

Koagulationsfaktorer aktiveras och därmed koagulationskaskaden. Protrombin omvandlas till trombin, som i sin tur omvandlar fibrinogen till fibrin. En fibrininlagring sker och den primära trombocytpluggen omvandlas till mer stabilt koagel.

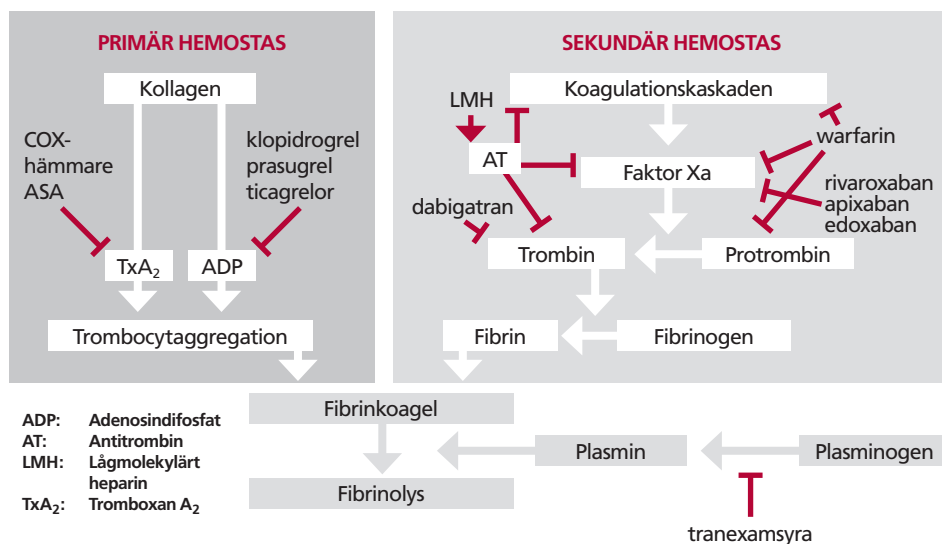
Hämmande faktorer är antikoagulantia, koagulationsfaktorbrist (t.ex. hemofili) och leversjukdom. Hos blödersjuka och patienter som behandlas med antikoagulantia blir fibrinkoaglet glesare och svagare.

Störningar i den sekundära hemostasen kan medföra sena och långdragna blödningar.

Vid warfarinmedicinering kontrolleras patienterna regelbundet på AK-mottagningar. Warfarineffekten mäts som protrombintid (PT eller PK) och anges oftast som en kvot jämfört med normal koagulation; INR (International Normalized Ratio). Behandlingsmål vid warfarinbehandling ligger vanligen mellan 2 och 3. En frisk patient har INR <1,2. Ju högre INR desto högre blödningsbenägenhet.

Fibrinolys

Plasminogen omvandlas till plasmin som bryter ner fibrinet och fibrinkoaglet löses upp.



Interaktioner

COX-hämmare (NSAID) och ASA i kombination med antikoagulantia (warfarin och NOAK) ger en ökad blödningsrisk. Patienten bör undvika ASA i analgetisk dos och COX-hämmare före ingrepp, men fortsätta med lågdos-ASA (Trombyl). Informera patienten om att inte heller använda receptfria COX-hämmare eller ASA. Även naturläkemedel som omega-3, vitlök, johannesört, ginkgo biloba m.fl. kan påverka blödningsrisken.

Warfarin interagerar med ett stort antal läkemedel vilket kan ge ökad blödningsrisk. Undvik kombination med följande läkemedel:

- antibiotika (metronidazol, erytromycin)
- antifungala medel (flukonazol, mikonazol)
- tramadol
- noskapin
- paracetamol som kontinuerlig behandling i doser över 2 gram/dygn (vuxna). Kortvarig behandling i full dos (max 3 dagar) går dock bra.

Försiktighet även med kombination med klindamycin, amoxicillin, klaritromycin, nystatin, etylmorfin, cocillana-extrakt.

NOAK bör inte kombineras med ketokonazol, itrakonazol, erytromycin, klaritromycin eller tramadol eftersom kombination kan ge ökad blödningsrisk.

Planering inför tandextraktion och depuration (tandstensborttagning)

1 Noggrann anamnes:

- indikationen för antikoagulantia
- vilket preparat patienten har
- andra läkemedel som kan påverka blödningsrisken, t.ex. analgetika, antibiotika, SSRI, naturläkemedel

2 Patienter som medicinerar med warfarin

Boka tid, helst en fm, ej dag före helg. Samordna gärna med ordinarie provtagningsdag så patienten slipper extra provtagning via AK-mottagningen.

Be patienten via vårdcentral eller AK-mottagning ta INR-prov dagen före behandling alternativt kontakta AK-mottagning. INR-värdet bör inte vara äldre än ett dygn.

3 Patienter som medicinerar med NOAK

Ingen provtagning är nödvändig. Ingreppet genomförs på samma sätt som vid warfarin-behandling. Vid ingrepp med större risk för blödning bör dock patientens läkare alt. berörd AK-mottagning kontaktas för ev. utsättning av antikoagulantia, alt. remiss till sjukhustandvård eller käkkirurgisk klinik. Observera att det finns variationer inom regionen huruvida AK-mottagningar handhar NOAK-patienter eller inte.

- 4 Utfärda recept på tranexamsyra (Cyklokapron brustablett 1 g, 16 st) och vid behov analgetika (paracetamol i första hand).

Försiktighet

Överväg remiss till eller kontakt med specialiststandvård i följande fall

- Vid instabilt INR-värde eller INR >3.
- Om patienten har svår leversjukdom eller koagulationsrubbnig.
- Vid tidigare blödningsproblematik i samband med tandvård.
- Patienter som står på kombinationsbehandling trombocythämmare och antikoagulantia eller dubbel trombocythämning.

Patientinformation

Innan behandling påbörjas lämnas skriftlig information om ingreppet och tranexamsyrabehandling till patienten. Patientinformationen finns att ladda ner från Terapigrupp Tandvårds hemsida: www.vgregion.se/lakemedel/tandvard

Genomförande av ingreppet

Patienter som medicinerar med trombocythämmare

Trombocythämmande läkemedel bör inte sättas ut. Vid störningar i primära hemostasen är noggrann slutning av sårkanter med så tät suturering som möjligt den viktigaste åtgärden.

Patienter som medicinerar med antikoagulantia

Extraktion

- 1 Kontrollera INR-värde inför behandling (gäller warfarin). INR-värdet bör vara ≤ 3 .
- 2 Lokalbedövning med adrenalintillsats kan användas.
- 3 Extraktionen ska ske så atraumatiskt som möjligt.
- 4 Tamponera alveolen med hemostatiskt material (Surgicel, kollagen etc.).

Suturera – tillse att sårkanterna sluter till ordentligt.
- 6 Komprimeras sårområdet med kompress indränkt i 10% tranexamsyralösning i 30-60 minuter.
- 7 Beroende på ingreppets storlek och patientens blödningsbenägenhet ordinerar försiktig egen-sköljning med tranexamsyralösning 3-4 gånger per dygn i 1-3 dygn eller längre. Lösningen ska spottas ut och patienten ska undvika att skölja med vatten på 30 minuter. Om risk för bortsköljning av koagel föreligger kan istället patienten rekommenderas att bita på en kompress indränkt i tranexamsyralösning i 30-60 minuter 3-4 gånger per dygn i 1-3 dygn.

Omfattande depuration

- 1 Kontrollera INR-värde (gäller warfarin).
- 2 Depurera endast några enstaka tänder första gången. Spola regelbundet med 10% tranexamsyralösning i fickorna.

Blödningskomplikation

Postoperativ blödning från operationsområde

- 1 Använd anestesi utan adrenalin.
- 2 Ta bort suturer.
- 3 Sug och spola rent från koagel med koksaltlösning.
- 4 Inspektera blödningskällan.
- 5 Om det blöder – stilla blödningen med en kompress indränkt i tranexamsyralösning eller diatermi.
- 6 Applicera lokalhemostatika och resuturera såret.

Postoperativ blödning från tandköttficka efter depuration

- 1 Spola ur fickan med koksalt eller tranexamsyralösning för att få bort koaglet.
- 2 Rekommendera försiktig sköljning alternativt kompression med tranexamsyralösning.

FÖR TERAPIGRUPP TANDVÅRD

Lena Rignell, ordförande

Referenser

Bacci C et al. Management of dental extraction in patients undergoing anticoagulant treatment. Results from a large, multicentre, prospective, case-control study. *Thromb Haemost.* 2010 Nov;104(5):972-5.

Brewer AK. Continuing warfarin therapy does not increase risk of bleeding for patients undergoing minor dental procedures. *Evid Based Dent.* 2009;10(2):52.

Svenska sällskapet för trombos och hemostas. Kliniska råd vid kirurgi och blödning under behandling med peroral trombocythämmare. www.ssth.se

Wallström M, Radulovic V. Oral kirurgi av patienter med ökad blödningsrisk. *Tandläkartidningen* årg 104. Nr 1 2012.

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Tandvård
Susanne Mirshahi, susanne.mirshahi@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) hittas på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se