

**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

ΛΑΜΠΡΟΣ Π. ΓΚΟΥΤΖΑΝΗΣ

**ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ**

Αντιπηκτικά

Τα αντιπηκτικά είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να προλαμβάνουν τη δημιουργία ή την επέκταση ενδαγγειακών θρόμβων, περισσότερο στο φλεβικό και λιγότερο στο αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας.

Αντιαιμοπεταλιακά

Τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα αναστέλλουν τη συνάθροιση (συγκόλληση) των αιμοπεταλίων και το σχηματισμό του αιμοπεταλιακού (λευκού) θρόμβου, που αποτελεί την πρώτη φάση στη διαδικασία της πήξης, και χρησιμοποιούνται για την προφύλαξη από το σχηματισμό θρόμβων ιδίως στο αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας.

Αντιπηκτικά

Παρεντερικά αντιπηκτικά

- *Ηπαρίνη (CALCIPARINE, HEPARIN) και*
- *Ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (LMW heparins)
(FRAGMIN, CLEXANE, FRAXIPARINE,, INNOHEP, κλπ)*

Αντιπηκτικά από το στόμα

- *Κουμαρινικά αντιπηκτικά*
 - *Ασενοκουμαρόλη (SINTROM),*
 - *Νατριούχος Βαρφαρίνη (PANWARFIN)*

Ενδείξεις αντιπηκτικών

Θεραπεία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης

Θεραπεία πνευμονικής εμβολής

Προσθετικές – μηχανικές καρδιακές βαλβίδες

Βαλβιδοπάθειες

Διατατική μυοκαρδιοπάθεια

Αρρυθμίες

Υποτροπιάζουσες θρομβώσεις

Αγγειακή εμβολή

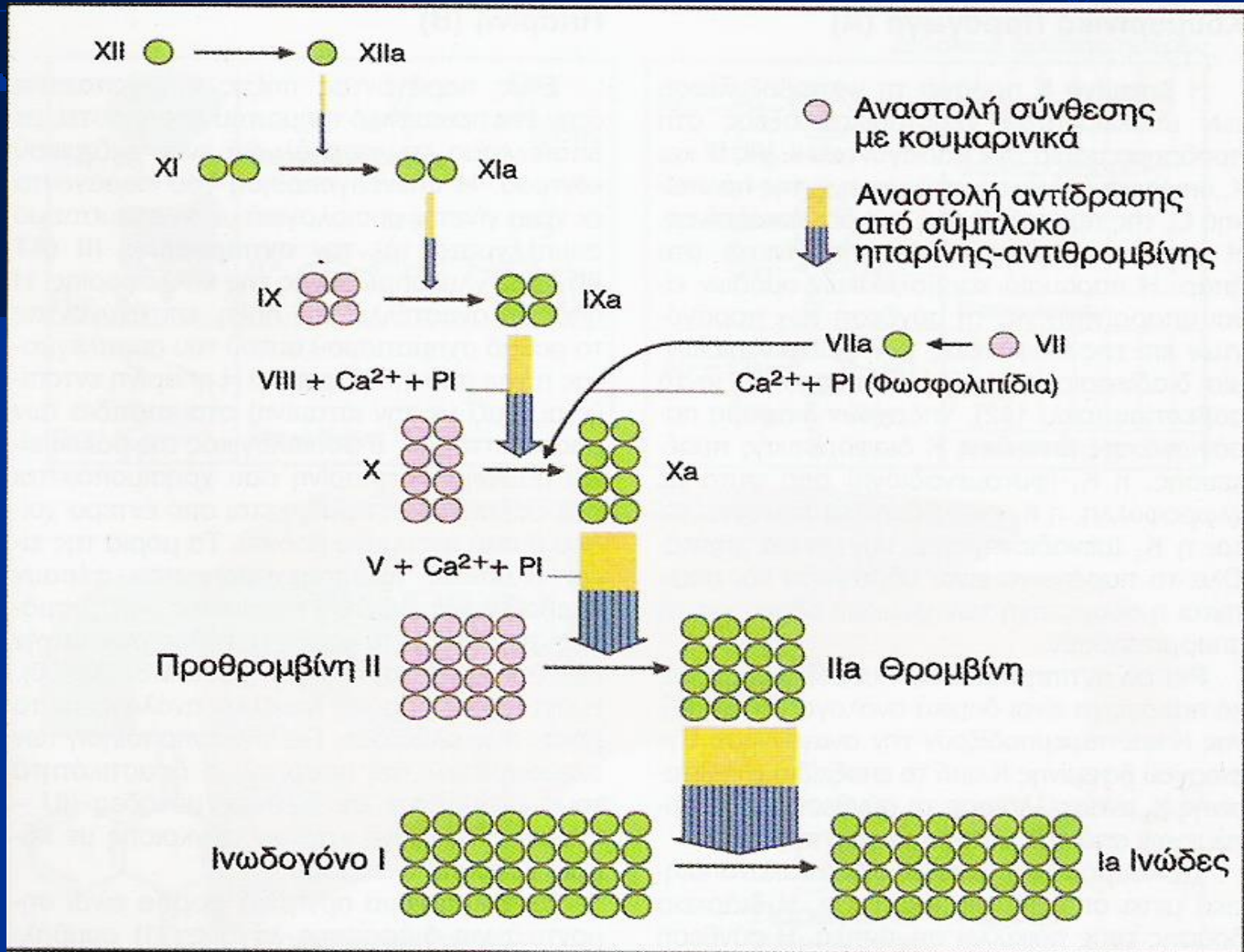
Περιοδικά εγκεφαλικά ισχαιμικά επεισόδια

Έμφραγμα μυοκαρδίου

Αιμόσταση

Η αιμόσταση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που καταλήγει σε σχηματισμό πύργματος και ανάσχεση της αιμορραγίας και επιτυγχάνεται με την αλληλεπίδραση:

- του τοιχώματος των αγγείων,
- των αιμοπεταλίων,
- των πρωτεϊνών της πήξης του αίματος.



A. Αναστολή του μηχανισμού πήξης in vivo

Κουμαρινικά αντιπηκτικά

Τα 4-υδροξυκουμαρινικά παράγωγα είναι δομικά ανάλογα της Βιταμίνης Κ και την ανταγωνίζονται αναστέλλοντας την παραγωγή των εξαρτημένων από αυτή παραγόντων πήξης στο ήπαρ (II, VII, IX, X, και άλλων πρωτεϊνών).

Η βιταμίνη Κ (Κ1, Κ2, Κ3) προάγει την γ-καρβοξυλίωση των υπολειμμάτων γλουταμινικού οξέος στα πρόδρομα μόρια των παραγόντων αυτών.

Τα κουμαρινικά αντιπηκτικά είναι τερατογόνα και πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή τους κατά την εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα το πρώτο τρίμηνο.

Κουμαρινικά αντιπηκτικά

Ασенокουμαρόλη (Acenocoumarol)

SINTROM tab 4 mg

Βαρφαρίνη νατριούχος (Warfarin Sodium)

PANWARFIN tab 5 mg

MAREVAN tab 1 mg

ΑΝΤΙΔΟΤΟ ΚΟΥΜΑΡΙΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ: ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ (5-20 mg im ή πολύ αργά iv)

Ηπαρίνη

Η ηπαρίνη είναι μια ετερογενής μακριά αλυσίδα γλυκοζαμινο-γλυκάνης που αναστέλλει την πήξη επιταχύνοντας τον ρυθμό σχηματισμού του συμπλέγματος παράγοντας πήξης - αντιθρομβίνη III (AT III), που καθιστά ανενεργό τον παράγοντα.

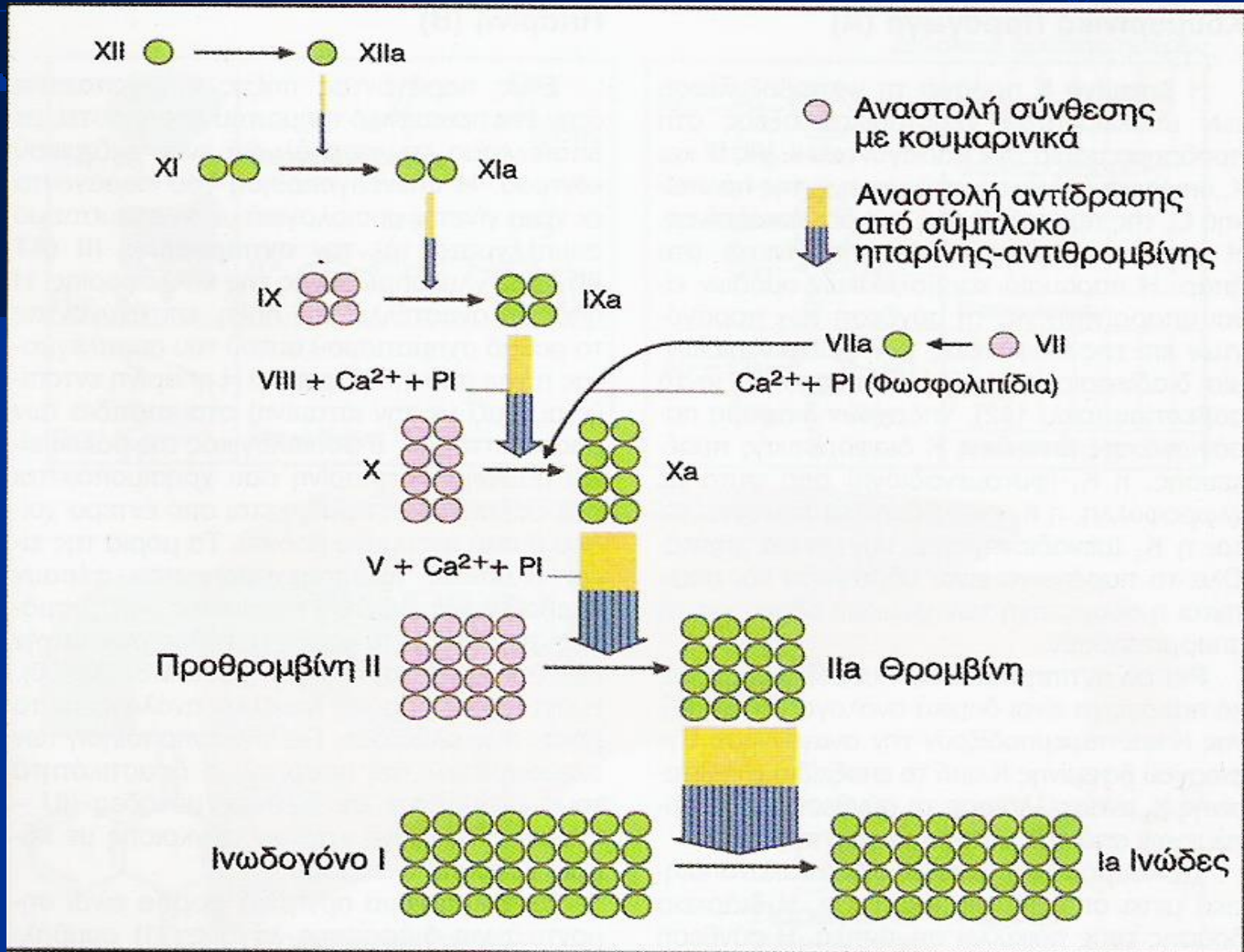
Η ηπαρίνη που χρησιμοποιείται στη θεραπευτική προέρχεται από έντερο χοίρου ή από πνεύμονα βοδιού.

Η δραστηρότητά της εκφράζεται σε διεθνείς μονάδες (IU).

Χορηγείται με συνεχή ενδοφλέβια έγχυση ή υποδορίως 2-3 φορές /24ωρο.

(Ιδιοσκευάσματα: CALCIPARINE, HEPARIN, κλπ)

Αντίδοτο: Θειική πρωταμίνη ενδοφλεβίως, της οποίας 50 mg εξουδετερώνουν 5000 μονάδες ηπαρίνης.



A. Αναστολή του μηχανισμού πήξης in vivo

Ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους

Οι ηπαρίνες ΧΜΒ (Heparin LMW) έχουν μεγαλύτερη διάρκεια δράσης και χορηγούνται 1 ή 2 φορές την ημέρα, ανάλογα με το σκεύασμα υποδορίως. (Ιδιοσκευάσματα: FRAGMIN, CLEXANE, FRAXIPARINE, INNOHEP, κλπ)

Παράγωγα σαλικυλικού οξέος και άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα

Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ASPIRIN, SALOSPIR, κλπ) αναστέλλει εκλεκτικά τη δράση της αιμοπεταλιακής κυκλοοξυγενάσης προκαλώντας αναστολή συγκόλλησης των αιμοπεταλίων. Η αναστολή είναι μη αντιστρεπτή, ώστε τα αιμοπετάλια χάνουν την ικανότητα συγκόλλησης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (7-10 ημέρες).

Άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα που χρησιμοποιούνται προληπτικά κατά των θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι η διπυριδαμόλη (PERSANTIN κλπ), τικλοπιδίνη (TICLID κλπ), κλοπιδογρέλη (ISCOVER, PLAVIX) κλπ.

Διερεύνηση αιμορραγικής διάθεσης

Ιστορικό,

Κλινική εξέταση,

Εργαστηριακές εξετάσεις.

Ιστορικό

Εύκολος μωλωπισμός
Επαναλαμβανόμενες επιστάξεις
Αιμορραγίες από ασήμαντους τραυματισμούς
Αυτόματες αιμορραγίες
Παρατεταμένη αιμορραγία
Ηπατοπάθειες
Νεφρικές παθήσεις
Κακοήθη νοσήματα
Αυτοάνοσα νοσήματα
Λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων
Λήψη ασπιρίνης
Κατάχρηση οινοπνεύματος
Χρήση ηρωίνης
Θετικό οικογενειακό ιστορικό αιμορραγιών

Κλινική εξέταση

Εκχυμώσεις

Πετέχειες

Πορφύρα

Αιματώματα

Τοπικές αγγειακές δυσπλασίες

Αίμαρθρα

Διόγκωση ήπατος

Διόγκωση σπληνός

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

- ✓ Γενική αίματος για αριθμό αιμοπεταλίων
- ✓ Χρόνος προθρομβίνης, INR
- ✓ Χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης
- ✓ Χρόνος ροής

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

Αριθμός αιμοπεταλίων
Φ.Τ. 200.000-400.000 /μl

Ο φυσιολογικός αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μεγαλύτερος από 150.000/μl.

Ο αριθμός τους μειώνεται σε περιπτώσεις θρομβοπενίας.

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

	Φ.Τ.
Χρόνος προθρομβίνης	11'' - 14''
INR	1

- ελέγχει την δραστηριότητα των παραγόντων της πήξης II, VII, IX και X
- παθολογικά παρατεταμένος στις διαταραχές της πήξης που οφείλονται σε παθήσεις του ήπατος, σε έλλειψη της βιταμίνης K
- στους ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά
- (ασενοκουμαρόλη, βαρφαρίνη).

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

Το INR (International Normalised Ratio, Διεθνές Σταθεροποιητικό Πηλίκο) εκφράζει τον διορθωμένο χρόνο προθρομβίνης και προκύπτει από το πηλίκο PT ασθενούς / PT ελέγχου X ISI, όπου το ISI είναι ο διεθνής δείκτης ευαισθησίας. Η φυσιολογική τιμή του είναι 1 και το επιδιωκόμενο θεραπευτικό εύρος τιμών του κυμαίνεται ανάλογα με την πάθηση για την οποία λαμβάνονται τα κουμαρινικά αντιπηκτικά, συνήθως από 2-3 για τις περισσότερες παθήσεις και από 2,5-3,5 για τις περιπτώσεις προσθετικών βαλβίδων.

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

Χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης

ΦΤ 22'' - 36''

- ❖ διάγνωση έλλειψης παραγόντων VIII και IX
- ❖ παρακολούθηση αντιπηκτικής αγωγής των ασθενών που λαμβάνουν ηπαρίνη.

Στους ασθενείς υπό ηπαρινική αγωγή ο χρόνος PTT συνήθως επιδιώκεται να είναι 1,5-2,5 μεγαλύτερος του φυσιολογικού.

Εργαστηριακή εκτίμηση της αιμόστασης

Χρόνος ροής

Φ.Τ.

2-4'

- ❖ παθολογικός στις θρομβοπενίες
- ❖ στις λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων
- ❖ στη νόσο Von Willebrand και στις τριχοειδικές βλάβες
- ❖ συνήθως φυσιολογικός στις διαταραχές της πήξης (με εξαίρεση τη νόσο Von Willebrand) και στις παθήσεις των αγγείων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

- ❖ **Αντιμετώπιση ασθενών με αιμορραγική νόσο.**
- ❖ **Αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή.**
 - ❖ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*
 - ❖ *Ηπαρίνη και ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους*
 - ❖ *(LMW heparins).*
- ❖ **Αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.**
 - ❖ *Παράγωγα σαλικυλικού οξέος και άλλα*
 - ❖ *αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.*

Αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιπηκτική

- *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*
- *Ηπαρίνη και ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (LMW heparins).*

Αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή.

✦ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

Οι ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά πχ ασενοκουμαρόλη (SINTROM) ή νατριούχο βαρφαρίνη (PANWARFIN, κλπ), χρήζουν προεγχειρητικά τροποποίησης της αγωγής τους ή όχι, ανάλογα με το είδος της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθούν. Έτσι ανάλογα με το μέγεθος της αναμενόμενης αιμορραγίας και τον κίνδυνο να προκληθεί θρομβοεμβολικό επεισόδιο από τη διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής, σε συνεννόηση με τον θεράποντα γιατρό του ασθενούς, προβαίνουμε στην ενδεδειγμένη τροποποίηση της αγωγής.

✦ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου γενικά τα αντιπηκτικά μπορούν συνήθως να διακοπούν 2-3 ημέρες πριν την επέμβαση.

Σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε κάποια ενδοστοματική χειρουργική επέμβαση, όπου αναμένεται μικρή αιμορραγία, όπως οι απλές εξαγωγές και άλλες μικρές ενδοστοματικές επεμβάσεις, δεν χρειάζεται διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η τιμή του INR πρέπει είναι μικρότερη από **3**, αρκεί βέβαια να μην συνυπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί για την αιμορραγία παράγοντες.

✦ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Σε ασθενείς που αναμένεται **μέτρια αιμορραγία**, όπως μετά από χειρουργικές εξαγωγές δοντιών και χειρουργική αφαίρεση εγκλείστου, ισχύουν τα ανωτέρω και παρόλο που όπως αναφέρθηκε δεν υπάρχει κοινή αποδοχή για την τιμή του INR, μέχρι πρότινος εθεωρείτο ότι το **2** είναι ένα αρκετά ασφαλές όριο κάτω από το οποίο αυτές οι επεμβάσεις μπορούν να διεξαχθούν σε επίπεδο ιατρείου με τις απαραίτητες προφυλάξεις και τοπικά αιμοστατικά μέτρα.

Οι τελευταίες έρευνες δείχνουν και για τις επεμβάσεις που αναμένεται μέτρια αιμορραγία το **2,5** είναι **ασφαλές όριο**.

➤ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Σε μεγαλύτερες επεμβάσεις, σε περιπτώσεις που το INR ξεπερνάει το 3 και σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, οι περισσότεροι συμφωνούν για εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, διακοπή των από του στόματος κουμαρινικών αντιπηκτικών και περιεγχειρητικό ηπαρινισμό. Συνήθως το πρωτόκολλο που ακολουθείται σε αυτούς τους ασθενείς προβλέπει τη διακοπή των κουμαρινικών αντιπηκτικών μία μέρα πριν την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, εισαγωγή στο νοσοκομείο την επομένη της διακοπής και έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης ηπαρίνης μέχρις ότου ο χρόνος ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης φθάσει σε θεραπευτικά επίπεδα (46-70 δευτ).

Όταν η τιμή του INR γίνει μικρότερη του 1,5 διακόπτεται η χορήγηση της ηπαρίνης και 4-6 ώρες μετά γίνεται η επέμβαση. Μετά από 12 περίπου ώρες αρχίζει εκ νέου η χορήγηση ηπαρίνης ενδοφλεβίως και της βαρφαρίνης ή ασενοκουμαρόλης από το στόμα. Όταν το INR φθάσει τα επιθυμητά επίπεδα, διακοπή της ηπαρίνης και έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο.

➤ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Εναλλακτικά στο παραπάνω σχήμα, πράγμα το οποίο τελικά έχει επικρατήσει στην κλινική πράξη και ακολουθούμε και εμείς στην κλινική μας, ο ασθενής από την επομένη της διακοπής του κουμαρινικού αντιπηκτικού λαμβάνει την ενδεδειγμένη δόση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους, γίνεται μέτρηση του INR και όταν η τιμή του πέσει στο 1,5 ο ασθενής δεν λαμβάνει την πρωινή δόση της ΗΧΜΒ, χειρουργείται και το απόγευμα της ίδιας ημέρας ή την επομένη ημέρα συνεχίζει με τις ΗΧΜΒ.

Προκειμένου να διακοπεί με ασφάλεια η χορήγηση ΗΧΜΒ ο ασθενής, ανάλογα με τον κίνδυνο αιμορραγίας που προκύπτει από το είδος της επέμβασης από την μεθεπόμενη συνήθως ημέρα λαμβάνει συγχρόνως κουμαρινικό αντιπηκτικό από το στόμα και ΗΧΜΒ, έως ότου το INR φθάσει τα επιθυμητά θεραπευτικά επίπεδα και διακοπεί η χορήγηση ΗΧΜΒ.

➤ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Τοπική αιμόσταση

- ❖ τοποθέτηση απορροφήσιμου τοπικού αιμοστατικού παράγοντα (OXYCEL, SURGICEL, SPONGOSTAN κλπ)
- ❖ συρραφή,
- ❖ πωματισμός του τραύματος

ΑΛΛΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Αναισθησία με εμπότιση, ενδοσυνδεσμική αναισθησία

➤ *Κουμαρινικά αντιπηκτικά.*

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Αντιϊνωδολυτική αγωγή πχ με τρανεξαμικό οξύ (TRANSAMIN)

Χορηγείται παρακεταμόλη ως παυσίπονο εκλογής

Αυστηρή τήρηση των οδηγιών

➤ **Ηπαρίνη και ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (LMW heparins).**

Όσον αφορά τους ασθενείς που λαμβάνουν συστηματικά ηπαρίνη με δεδομένο ότι η αντιπηκτική της δράση διαρκεί από 4-6 ώρες, ευνόητο είναι ότι δεν χρειάζεται κάποια εξειδικευμένη αγωγή, αφού η επέμβαση μπορεί να διενεργηθεί μετά την παύση της δράσης της. Σε επείγουσα περίπτωση που χρειάζεται να ανασταλεί η δράση της ηπαρίνης χρησιμοποιείται θειϊκή πρωταμίνη ενδοφλεβίως, της οποίας 50 mg εξουδετερώνουν 5000 μονάδες ηπαρίνης.

Οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση μπορούν να υποβάλλονται σε επεμβάσεις την επόμενη ημέρα από αυτή της αιμοκάθαρσης, οι δε ασθενείς υπό θεραπεία με ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους δε χρειάζεται να διακόπτουν την αγωγή τους.

Αντιμετώπιση ασθενών υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

Ασθενείς που λαμβάνουν έως **100 mg** ακετυλοσαλικυλικού οξέος την ημέρα συνήθως δεν χρειάζεται να διακόψουν την αγωγή τους πριν από επεμβάσεις που αναμένεται περιορισμένης έκτασης αιμορραγία, αρκεί βέβαια πάντα να εφαρμόζονται με αποτελεσματικό τρόπο τα κατάλληλα αιμοστατικά μέτρα.

Επειδή δεν μπορεί να αποκλεισθεί η εκδήλωση ενοχλητικής αιμορραγίας, η διακοπή της ασπιρίνης για **2-3** ημέρες προεγχειρητικά, σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου και σε αυτούς που την λαμβάνουν προληπτικά, απομακρύνει την πιθανότητα αυτή.

Για την πλήρη άρση της αντιαιμοπεταλιακής της δράσης που είναι επιθυμητή σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις χρειάζεται να μεσολαβήσουν 8 -10 ημέρες από τη διακοπή της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Πάνω στο θέμα της οδοντιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών που λαμβάνουν αντιπηκτική ή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή

Ήδη από το 2007 και ενωρίτερα διαπιστώθηκε ότι για τους ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά από το στόμα, που υποβάλλονται σε επεμβάσεις χειρουργικής στόματος, η πιο κατάλληλη τιμή INR, που εξασφαλίζει αφ' ενός μειωμένο κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου και αφετέρου ελάχιστο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας, είναι 2,5. Παρ' όλα αυτά αρκετά άρθρα διατείνονται ότι μικρές επεμβάσεις στόματος, όπως βιοψίες και απλές εξαγωγές δοντιών, μπορούν να διεκπεραιωθούν με ασφάλεια με $INR < 4$.

Τα ίδια άρθρα υποστηρίζουν την μη διακοπή των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων.

Potoski and Amenabar (2007): Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet therapy. Journal of Oral Science, Vol 49, No 4, 253-258, 2007.

Συστάσεις από American College of Chest Physicians 2008

Σύμφωνα με οδηγίες του 2008 από το *American College of Chest Physicians* σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μικρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, όπως οι απλές εξαγωγές δοντιών και λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά, προτείνεται να συνεχίζεται χωρίς διακοπή η χορήγηση των κουμαρινικών αντιπηκτικών και να συγχορηγείται προληπτικά ένας τοπικός αιμοστατικός παράγοντας (πχ στοματοπλύσεις με τρανεξαμικό οξύ.)

Σύμφωνα με οδηγίες του 2008 από το *American College of Chest Physicians* σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μικρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, όπως οι απλές εξαγωγές δοντιών και λαμβάνουν κάποιο σκεύασμα ασπιρίνης, προτείνεται να συνεχίζεται χωρίς διακοπή η χορήγηση της ασπιρίνης περιεγχειρητικά.

The Perioperative Management of Antithrombotic Therapy. James D. Douketis, Peter B. Berger, Andrew S. Dunn, Amir K. Jaffer, Alex C. Spyropoulos, Richard C. Becker and Jack Ansell. Chest 2008;133; 299S-339S.)

Συστάσεις από American College of Chest Physicians 2012

In patients who require a minor dental procedure, we suggest continuing VKAs with coadministration of an oral prohemostatic agent or stopping VKAs 2 to 3 days before the procedure instead of alternative strategies.

In patients having dental procedures, several small studies (<100 patients) comprising randomized trials 149-151 and cohort studies 118,152,153 suggested no increase in major bleeding with ASA continuation. Only one 43-patient retrospective cohort study assessed the safety of dental procedures in 29 patients receiving combined ASA and clopidogrel and found no bleeding episodes with continuation of dual antiplatelet therapy.

James D. Douketis, Alex C. Spyropoulos, et al. Management of Antithrombotic Therapy; Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice guidelines. Chest / 141 / 2 / February, 2012 supplement

Πρόσφατη βιβλιογραφία για την λήψη ασπιρίνης και βαρφαρίνης

Bleeding Time is prolonged or hemorrhage is exacerbated by long-term use of aspirin. We recommend not stopping long-term aspirin use before tooth extraction but enhancing hemostasis methods, if necessary.

Should aspirin be stopped before tooth extraction? A meta-analysis (1752 patients). Bingjie Zhao, Peihuan Wang, et al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015;119:522-530.

There is slight but significant increase in the incidences of postextraction bleeding in patients receiving warfarin. Although absolute incidence was low in both groups, the bleeding risk is not negligible..

Evaluation of postextraction bleeding incidence to compare patients receiving and not receiving warfarin therapy: a cross-sectional, multicentre, observational study (496 patients receiving warfarin 2321 patients not receiving warfarin). Hiroshi Iwabuchi, Yutaka Imai et al. BMJ Open 2014;4:e005777.

Πρόσφατη βιβλιογραφία στο θέμα της λήψης διπλού σχήματος αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων

Patients taking single or dual antiplatelet drugs may have teeth extracted safely without interruption of treatment using only local haemostatic measures.

Bajkin BV, Urosevic IM, Stankov KM, Petrovic BB, Bajkin IA. Dental extractions and risk of bleeding in patients taking single and dual antiplatelet treatment. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015 Jan;53(1):39-43

In 8.3% of patients treated with dual antiplatelet therapy, dental extractions cause hemorrhagic complications lasting more than 30 minutes are resolved using local hemostatic measures. The results of this study support the safety of dental extraction without withdrawal double antiplatelet therapy.

Hemorrhagic Complications of Dental Extractions in 181 Patients Undergoing Double Antiplatelet Therapy. Olga Olmos-Carrasco, Victoria Pastor-Ramos, Rafael Espinilla-Blanco, et al: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral Maxillofac Surg 73:203-210, 2015 supplement.

Νέα αντιπηκτικά φάρμακα από το στόμα

Πολύ πρόσφατα νέα αντιπηκτικά φάρμακα που λαμβάνονται από το στόμα έχουν εμφανισθεί στην αγορά, εναλλακτικά στα κουμαρινικά αντιπηκτικά που ως γνωστόν ανταγωνίζονται την βιταμίνη Κ.

Αυτά είναι τα εξής: Dabigatran (PRADAXA), Rivanoxaban, Apixaban και Edoxaban.

Ως κύριο πλεονέκτημα παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία το γεγονός ότι δεν χρειάζονται εργαστηριακή παρακολούθηση, διότι δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα τον πηκτολογικό έλεγχο, ενώ είναι έξ' ίσου αποτελεσματικά στην πρόληψη των θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Μειονέκτημα θεωρείται προς το παρόν ότι δεν υπάρχει στην αγορά διαθέσιμο αντίδοτο.

Το γεγονός ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής των φαρμάκων αυτών είναι περιορισμένος προσδίδει το πλεονέκτημα της διακοπής τους μόνο 24-48 ώρες πριν την επέμβαση, ενώ ειδικά για τις μικρές επεμβάσεις της χειρουργικής στόματος δεν θεωρείται απαραίτητη η διακοπή τους.

Όμως χρειάζονται περισσότερες μελέτες πριν αποφανθούμε για την ασφαλή περιεγχειρητική χρήση τους ακόμη και για τις μικρές σχετικά επεμβάσεις.

Costantinides F, Rizzo R, Pascazio L, Maglione M. Managing patients taking novel oral anticoagulants (NOAs) in dentistry: a discussion paper on clinical implications. BMC Oral Health. 2016 Jan 28;16(1):5.