

Schémat ošetření u pacientů užívajících warfarin

Hovoříme-li o extrakčních výkonech v dutině ústní, připadají v úvahu tři možnosti přípravy pacienta k výkonu:

- Redukce dávky warfarinu na $INR \leq 1,5$ se substitucí subkutánně podávanými nízkomolekulárními hepariny (LMWH).
- Úplné vysazení vitamin K antagonisty bez substituce, $INR \leq 1,5$.
- Bez přerušení antikoagulační léčby (INR do 3,5) s ošetřením lůžka po extrakci nebo bez.

V literatuře nebyly zaznamenány údaje o život ohrožujícím krvácení u pacientů, kteří nepřerušili léčbu antikoagulancii, avšak vysazení warfarinu před zákrokem může znamenat ohrožení pacientova života zvýšením rizika tromboembolické příhody (4, 5, 6, 7).

Je ovšem nutno poznamenat, že nehledě na výsledky studií, jsou i v rámci Evropy rozdíly v prováděných způsobech ošetření. Například v Německu dle studie Ringela a Maase se většina stomatologů uchyluje k přerušení léčby antikoagulancii (8), kdežto například ve Velké Británii je tendence právě opačná.

Srovnání účinku jednotlivých typů ošetření u warfarinizovaných pacientů

Z dostupných studií vyplývá, že nejhorších výsledků stran poextrakčního krvácení je dosaženo, pokud zákrok bude proveden u pacienta s hodnotou INR vyšší než 4. Dále, pokud byla vysazena antikoagulační léčba a nahrazena LMWH, došlo k častým krvácivým komplikacím (9, 10, 11).

Z hlediska závěrů několika studií se jeví jako neoptimálnější metodou ošetření postup, kdy antikoagulační léčba není vysazena (11).

Ošetření u pacientů s NOAC

U pacientů s NOAC ještě chybí výsledky větších studií. Prozatím je doporučován protokol, který výkony v dutině ústní rozlišuje z hlediska rizika krvácení na nízké, střední a vysoké (tab. 1), z tohoto rozdělení vyplývají i doporučení stran vysazení antikoagulační léčby NOAC. V úvahu je však nutno brát i renální funkce, kdy při jejich snížené funkci hrozí riziko protrahovaného krvácení zejména u dabigatranu, apixabanu, edoxabanu a rivoxabanu.

Tab. 1. Riziko krvácení u jednotlivých pacientů

Riziko krvácení	Nízké	Střední	Vysoké
Výkony	supragingivální preparace	subgingivální preparace	výkony dentoalveolární chirurgie
	supragingivální scaling	endodontické ošetření	chirurgické výkony na čelistech
	infiltrační anestezie	subgingivální scaling svodná anestezie jednoduchá extrakce	extenzivní chirurgie

Tab. 2. Schéma ošetření pacientů na NOAC podle rizika výkonu v dutině

Riziko krvácení	Nízké, střední	Vysoké
Preparát		
Dabigatran Rivaroxaban Apixaban	nepřerušovat	přerušit terapii, nahrazuje se nízkomolekulárním heparinem dle rizika trombembolismu

Ošetření lůžka

Stran docílení hemostázy je ve všech případech až na výjimky doporučeno ošetření za použití pevné sutury a případně lokálního hemostyptika. U pacientů s preparáty typu antagonistů vitaminu K před každým ošetřením vyžadujeme hodnotu protrombinového času ne starší 24 hodin. Doporučená hodnota INR před započatím extrakce je $< 3,5$. U pacientů s NOAC postupujeme dle doporučení z tabulky 1 a 2 za cíleného dotazu na onemocnění ledvin.

Je-li pacient odeslán s redukovanou antikoagulační léčbou na nízkomolekulárních heparinech, vyžadujeme opět hodnotu INR ne starší 24 hodin.

Nutno ovšem zmínit, že nízkomolekulární hepariny nejsou podávány pouze jako přemostující terapie u redukované antikoagulační dávky, ale existuje i skupina pacientů, kteří jsou chronicky na těchto preparátech (gravidní, onkologicky nemocní v rámci některých chemoterapeutických režimů). Pro obě tyto skupiny pacientů doporučujeme aplikaci nízkomolekulárních heparinů večer před zákrokem, neboť podání LMWH ráno v den zákroku, vede k navození maximální léčebné hladiny antikoagulancia v době výkonu, čímž se zvyšuje riziko poextrakčního krvácení i při maximálně ošetřeném lůžku.

Jako lokální hemostyptikum lze použít například oxixelulózu, rezorbovatelný kolagen, tkáňová lepidla a jiné. Autorům se nejvíce osvědčilo použití sítěk z oxixelulózy (např. TAF Light, Surgicel) za současného použití pevné sutury lůžka. Tamponádou lůžka omezíme krvácení z kostěné rány v alveolu a pevnou suturou volné gingivy okolo lůžka docílíme hemostázy z měkkých tkání, které bývají dosti často zanícené probíhající gingivitidou.

Z výsledků studií je patrné, že u pacientů se sníženou antikoagulační léčbou za substituce LMWH je riziko krvácení druhé nejvyšší, proto, pokud musíme takto připraveného pacienta ošetřit, vždy použijeme hemostyptickou vložku a suturu lůžka k prevenci poextrakčního krvácení (11).

Diskuze

U warfarinizovaných pacientů s hodnotou INR v terapeutickém rozmezí (2,0–3,0) a u pacientů s chronickou medikací LMWH je preferovanou metodou ošetření bez vysazení antikoagulační léčby. U pacientů s NOAC postupujeme dle doporučení tab. 1 a 2.

V praxi ale často ošetřujeme pacienty všemi výše popsanými způsoby a to z několika důvodů, které jsou medicínské i ekonomické. Z těch medicínských jmenujme stále zažitý algoritmus lékařů, kteří žádost o prosté zhotovení vyšetření protrombinového času nerespektují a pacienta odešlou zpět s upravenou hodnotou INR okolo 1,5 s anebo bez substituce LMWH. V tomto případě není jiné volby, než takto připraveného pacienta ošetřit. Další, tentokrát však ekonomický důvod, spočívá v nevhodném nastavení úhrad ze strany pojišťoven. Lékařům často proplácení drahý, často i rizikový postup (vysazení antikoagulační léčby s nebo bez substituce) spočívající v opakovaných měřeních INR spojených s několika návštěvami polymorbidních pacientů v ordinacích praktických lékařů nebo specialistů do doby stabilizace hladiny antikoagulace zpět na hodnoty před jejím vysazením. Bohužel metoda, kdy jsou použita hemostyptika bez vysazení antikoagulace a která pacienta nezatíží jinak, než prostým jednorázovým vyšetře-