

Οδοντιατρικές πράξεις και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα

➔ Γεώργιος Τρανταλής

Επιμελητής Καρδιολογίας Κέντρου Υγείας Καπανδριτίου – Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
"Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Ευαγγελία Δ. Καυκούλα

Χειρουργός – Οδοντίατρος

Λεωνίδας Λ. Αναστασιάδης

Επιμελητής Χειρουργός – Οδοντίατρος Κέντρου Υγείας Καπανδριτίου

Βερενίκη Σπ. Ρούλη

Συντονίστρια-Διευθύντρια Κέντρου Υγείας Καπανδριτίου - Παιδιάτρος

Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Ο πληθυσμός των ασθενών οι οποίοι βρίσκονται υπό χρόνια αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία συνεχώς αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο, σε συνδυασμό με τον αυξανόμενο επιπολασμό των καρδιαγγειακών παθήσεων και την αυξανόμενη πραγματοποίηση διαδερμικών στεφανιαίων παρεμβάσεων (PCI). Οι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα σημαντικότατο ρόλο στη διαχείριση της αθηρωματικής νόσου και των θρομβωτικών επιπλοκών της, όμως η πιθανότητα αιμορραγικών επιπλοκών παραμένει ένας συχνός κίνδυνος, ιδιαίτερος κατά τη διάρκεια χειρουργικών παρεμβάσεων, όπως των οδοντιατρικών. Επομένως, η προσωρινή απόσυρση της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας μπορεί να είναι μία ελκυστική επιλογή σε επεμβάσεις που δημιουργούν κίνδυνο αιμορραγίας. Εντούτοις, το όφελος της αποτροπής της αιμορραγίας πρέπει να εξισορροπηθεί με τον κίνδυνο πιθανής θανατηφόρου θρόμβωσης, ιδιαίτερα στην ομάδα των ασθενών με ενδοπροθέσεις με αυτοκλύσιμο φάρμακο (DES)¹.

Οι οδοντικές επεμβάσεις αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνές μικρές χειρουργικές επεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό. Έχουν αναφερθεί σποραδικά κρούσματα αιμορραγίας μετά από τέτοιου είδους επεμβάσεις, υπό τη λήψη συνεχούς θεραπείας με ασπιρίνη, αλλά οι αναφορές για σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή αιμορραγία είναι εξαιρετικά σπάνιες¹. Η ασφάλεια της διπλής αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας έχει μελετηθεί σε ακόμη μικρότερο βαθμό, και ακόμη και αυτές οι μελέτες περιορίστηκαν από τον αναδρομικό σχεδιασμό τους και από το μικρό και ετερογενή πληθυσμό των ασθενών.

Υπό το πρίσμα της έλλειψης σχετικών μελετών, και ιδιαίτερα της απουσίας προοπτικών ερευνών, ο καθορισμός μιας στρατηγικής για την καλύτερη εξισορρόπηση του κινδύνου αιμορραγίας και της αδιάλειπτης αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας, έναντι του θρομβωτικού κινδύνου, με την προσωρινή απόσυρση των αντιαιμοπεταλιακών πριν από τις οδοντιατρικές επεμβάσεις, ήταν μια αναπάντητη ερώτηση και ένα συχνό κλινικό πρόβλημα. Οι τρέχουσες συ-

Πίνακας 1. Ορισμός του θρομβωτικού κινδύνου².

Χαμηλού κινδύνου	Μεσαίου κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
>6 μήνες μετά από PCI με BMS >12 μήνες μετά από PCI με DES	>1 μήνα <6 μήνες μετά από PCI με BMS >6 <12 μήνες μετά από PCI με DES >12 μήνες μετά από σύμπλοκη PCI με DES (μακρυστά stents, πολλαπλά stents, επικάλυψη stents, μικρού διαμέτρου αγγεία, διχασμοί, στέλεχος αριστεράς στεφανιαίας, μοναδικό αγγείο που δίνει παράπλευρα).	<1 μήνα μετά από PCI με BMS <6 μήνες μετά από PCI με DES <12 μήνες μετά από σύμπλοκη PCI με DES (μακρυστά stents, πολλαπλά stents, επικάλυψη stents, μικρού διαμέτρου αγγεία, διχασμοί, στέλεχος αριστεράς στεφανιαίας, μοναδικό αγγείο που δίνει παράπλευρα).
<p>Η χρήση DES δεύτερης γενιάς μπορεί να μειώσει το θρομβωτικό κίνδυνο. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε CABG ή έχουν υποστεί ΟΣΣ, και θεραπεύονται μόνο με ιατρική αγωγή, θεωρούνται υψηλού κινδύνου τον πρώτο μήνα, ενδιάμεσου κινδύνου μεταξύ 1ου και 6ου μηνός και χαμηλού κινδύνου μετά από 6 μήνες. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με αγγειοπλαστική μόνο με «μπαλόνι», θεωρούνται σε υψηλό κίνδυνο εντός των πρώτων 2 εβδομάδων, με ενδιάμεσο κίνδυνο μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων και με χαμηλό κίνδυνο μετά από 4 εβδομάδες. BMS: γυμνό μεταλλικό stent. CABG: μόσχευμα bypass στεφανιαίας αρτηρίας. DES: φαρμακοεκκλύον stent, PCI: διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση.</p>		

στάσεις υποδεικνύουν αδιάλειπτη αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία σε ασθενείς με DES, που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές επεμβάσεις. Σε αντίθεση, όμως, με αυτές τις συστάσεις, οι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες συχνά διακόπτονται στην καθημερινή πρακτική. Πρόκειται σαφώς για μια εμπειρική και όχι για μία τεκμηριωμένη προσέγγιση, με βάση τις υπερβολικές ανησυχίες για πιθανές αιμορραγικές επιπλοκές μετά την επέμβαση.

Η αναβολή των μη επεμβατικών οδοντικών διαδικασιών, έως ότου οι ασθενείς ολοκληρώσουν το χρονικό διάστημα υπό τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία και μεταβούν στη μονοθεραπεία με ασπιρίνη, μπορεί να είναι μια λογική εναλλακτική λύση. Εντούτοις, στην περίπτωση αυτή, το κέρδος στην ασφάλεια θα πρέπει να εξισορροπηθεί με τις αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, που προκύπτει από τα οδοντικά προβλήματα που δεν θα έχουν θεραπευτεί.

Η γένεση της θρόμβωσης του stent είναι πολυπαραγοντική και επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τις στεφανιαίες αλλοιώσεις, τα χαρακτηριστικά της επέμβασης, του καταρράκτη της πήξης και της αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας. Συνεπώς, η δυσκολία κατάλληλης διαστρωμάτω-

σης κινδύνου για τη θρόμβωση του stent γίνεται εμφανής.

Ο θρομβωτικός κίνδυνος μπορεί να οριστεί με βάση τους τέσσερις παρακάτω παράγοντες (Πίνακας 1): I) τύπος εμφυτευμένου stent (BMS vs. DES), II) χρόνος από την PCI έως το χειρουργείο, III) αγγειογραφικά χαρακτηριστικά στεφανιαίων αλλοιώσεων, IV) κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς².

Πριν από οποιαδήποτε οδοντική επέμβαση σε ασθενή, ο οποίος λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακά, θα πρέπει να υπολογίζεται ο αιμορραγικός του κίνδυνος. Αυτό εμπεριέχει το συνυπολογισμό τόσο του κινδύνου αιμορραγίας από τη φύση της οδοντιατρικής επέμβασης όσο και των ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών του ασθενή, τα οποία επηρεάζονται από την πιθανή λήψη αντιαιμοπεταλιακών (τον αριθμό τους και τον τύπο τους). Θα πρέπει, ωστόσο, να διευκρινιστεί, πως τα υπάρχοντα δεδομένα και η κλινική εμπειρία αναφέρουν ότι οι επικίνδυνες αιμορραγίες, μετά από παρέμβαση, είναι πολύ σπάνιες.

Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε οδοντιατρικής πράξης σε ασθενή, ο οποίος λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακά, θα ήταν καλό να ακολουθηθούν οι παρακάτω γενικές συστάσεις³:

1. Αναβολή της επέμβασης μέχρι τη χρονική ολο-

Πίνακας 2. Μετεπεμβατικός κίνδυνος αιμορραγίας σε οδοντικές επεμβάσεις³.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	
	Α.ΧΑΜΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ	Β.ΜΕΤΡΙΟΣ – ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Τοπική δι'εμποτίσεως αναισθησία, ενδοσυνδεσμικά, στελεχιαία του γενειακού νεύρου^α. 2. Τοπική Αναισθησία μέσω στελεχιαίας κάτω φατνιακού νεύρου ή κάποιου άλλου νευρικού στελέχους^β. 3. Βασική περιοδοντική εξέταση^γ. 4. Υπερουλική απομάκρυνση πλάκας, αποτρύγωση, στίλβωση. 5. Άμεσες ή έμμεσες αποκαταστάσεις με υπερουλικά όρια. 6. Ακροριζεκτομή. 7. Αποτύπωση και άλλες προσθετικές διαδικασίες. 8. Εφαρμογή και προσαρμογή ορθοδοντικών συσκευών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Απλές εξαγωγές(1-3 δόντια με περιορισμένο μέγεθος τραύματος)^δ. 2. Τομή και παροχέτευση ενδοστοματικού οιδήματος. 3. Λεπτομερής-πλήρης περιοδοντική εξέταση. 4. Ριζική απόξεση και υποουλική αποτρύγωση. 5. Άμεσες και έμμεσες αποκαταστάσεις με υποουλικά όρια. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Σύνθετες εξαγωγές, εξαγωγές παρακείμενων δοντιών που θα προκαλέσουν μεγάλο τραύμα ή περισσότερες από 3 εξαγωγές σε μία συνεδρία^ε. 2. Επεμβάσεις με δημιουργία κρημνού. <ul style="list-style-type: none"> • Εκλεκτικές χειρουργικές εξαγωγές. • Χειρουργική περιοδοντίου. • Προ-προσθετική χειρουργική. • Χειρουργική επέμβαση περιεκρορριζικά. • Χειρουργική επιμήκυνση μύλης. • Χειρουργική εμφυτευμάτων. 3. Ουλοπλαστική 4.Βιοψίες (σε μεγαλύτερη έκταση).

α: Η τοπική αναισθησία θα πρέπει να δίδεται μέσω μικρής βελόνης και θα πρέπει να εμπεριέχει και αγγειοσυσπαστικό (εκτός και αν αντενδείκνεται – στηθάγχη, μη ρυθμιζόμενη καρδιακή ανεπάρκεια). Άλλες μέθοδοι τοπικής αναισθησίας προτιμώνται από την τοπική και παροδική αναισθησία νευρικού στελέχους, ειδικά αν ο ασθενής λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακά.

β. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η τοπική αναισθησία, μέσω στελεχιαίας κάτω φατνιακού νεύρου σε ασθενή που λαμβάνει αντιπηκτικά, προκαλεί σημαντικό κίνδυνο αιμορραγίας, Ωστόσο, σε ασθενείς που λαμβάνουν βαρφαρίνη, εάν υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν ασταθές INR ή άλλες ενδείξεις υπέρμετρης αντιπηκτικής αγωγής, πρέπει να ζητείται το INR πριν την επέμβαση.

γ. Παρόλο που η βασική περιοδοντική εξέταση μπορεί να εμφανίσει αιμορραγία από τα ούλα, είναι εξαιρετικά απίθανο αυτό να οδηγήσει σε σημαντικές επιπλοκές.

δ. Οι απλές εξαγωγές αναφέρονται σε αυτές που δεν δημιουργούν ανάγκη για χειρουργική επέμβαση.

ε. Οι σύνθετες εξαγωγές αναφέρονται σε αυτές που δημιουργούν πιθανή ανάγκη για χειρουργική επέμβαση.

κλήρωση της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, εφόσον αυτό είναι δυνατό.

2. Λήψη, υπόψιν πιθανής απουσίας του ασθενή σε ταξίδι, για ανάλογη τροποποίηση του χρόνου της επέμβασης.
3. Προγραμματισμός της επέμβασης νωρίς το πρωί και στην αρχή της εβδομάδας (ώστε να υπάρχει χρόνος αντιμετώπισης των οποιονδήποτε

επιπλοκών).

4. Πραγματοποίηση της επέμβασης όσο πιο ατραυματικά γίνεται.
5. Έξοδος του ασθενή εφ' όσον έχει γίνει πλήρης αιμόσταση.
6. Μετά την επέμβαση, σύσταση για λήψη Παρακεταμόλης για τον πόνο και αποφυγή των Μη Στεροειδών Αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ).

Πίνακας 3. Ισχαιμικός και αιμορραγικός κίνδυνος σε ασθενή που θα υποβληθεί σε οδοντική επέμβαση, ενώ βρίσκεται υπό DAPT².

Θρομβωτικός κίνδυνος				
		Χαμηλού κινδύνου	Μεσαίου κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
Α Ι Μ Ο Ρ Ο Ρ Α Υ Ι Κ Ο Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Σ	Χαμηλού κινδύνου	1. Απλές εξαγωγές(1-3 δόντια με περιορισμένο μέγεθος τραύματος) ^α 2. Τομή και παροχέτευση ενδοστοματικού οιδήματος 3. Λεπτομερής-πλήρης περιοδοντική εξέταση 4. Ριζική απόξεση και υποουλική αποτρύγωση 5. Άμεσες και έμμεσες αποκαταστάσεις με υποουλικά όρια	Ασπιρίνη: Συνέχιση P2Y12 αναστολείς: Συνέχιση	Ασπιρίνη: Συνέχιση P2Y12 αναστολείς: Συνέχιση
	Μεσαίου – Υψηλού κινδύνου	1. Σύνθετες εξαγωγές, εξαγωγές παρακείμενων δοντιών που θα προκαλέσουν μεγάλο τραύμα ή περισσότερες από 3 εξαγωγές σε μία συνεδρία ^β 2. Επεμβάσεις με δημιουργία κρημνού <ul style="list-style-type: none"> • Εκλεκτικές χειρουργικές εξαγωγές • Χειρουργική περιοδοντίου • Προ-προσθετική χειρουργική • Χειρουργική επέμβαση περιακροριζικά • Χειρουργική επιμήκυνση μύλης • Χειρουργική εμφυτευμάτων 3. Ουλοπλαστική 4. Βιοψίες (σε μεγαλύτερη έκταση).	Ασπιρίνη: Συνέχιση P2Y12 αναστολείς: Συνέχιση	Προγραμματισμένο Χειρουργείο: Αναβολή Χειρουργείο που δεν μπορεί να αναβληθεί: - Ασπιρίνη: Συνέχιση P2Y12 αναστολείς: Συνέχιση
α. Οι απλές εξαγωγές αναφέρονται σε αυτές που δεν δημιουργούν ανάγκη για χειρουργική επέμβαση. β. Οι σύνθετες εξαγωγές αναφέρονται σε αυτές που δημιουργούν πιθανή ανάγκη για χειρουργική επέμβαση.				

Στον Πίνακα 2 φαίνονται οι οδοντικές επεμβάσεις, χωρισμένες σε αυτές οι οποίες είναι απίθανο, κάτω από κανονικές συνθήκες, να προκαλέσουν αιμορραγία και σε αυτές οι οποίες είναι πιθανό να εμφανίσουν.

Στον Πίνακα 3 φαίνονται οι συστάσεις ως προς την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και την οδοντική

επέμβαση. Η διακοπή της αιμορραγίας είναι μία επιδεξιότητα, την οποία θα πρέπει να κατέχει κάθε οδοντίατρος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως επίσης και η κατοχή του κατάλληλου υλικού (και γνώση του χειρισμού του) για να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες αιμοστατικές πράξεις (ιδιαίτερα σε οδοντιατρικές πράξεις, που είναι πιθανόν

να προκαλέσουν αιμορραγία)³.

Για όλους τους ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά ή αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, η αιμόσταση πρέπει να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας μέτρα τοπικά, πριν ο ασθενής αποχωρήσει από το ιατρείο. Η συρραφή και ο πωματισμός πρέπει να σχεδιαστεί επιμελώς, λαμβάνοντας υπόψιν όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή (όπως το φάρμακο που λαμβάνει, άλλες παθήσεις ή φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να επηρεάσει τον αιμορραγικό κίνδυνο, το χρόνο που πιθανόν θα ταξιδέψει ο ασθενής επιστρέφοντας στην οικία του). Επιπλέον, αποτυχία της αρχικής αιμόστασης μπορεί να επιβάλλει πωματισμό και συρραφή σε δεύτερο χρόνο³.

Όσον αφορά στους ασθενείς που λαμβάνουν μόνο ασπιρίνη είναι απίθανο να έχουν υψηλότερο αιμορραγικό κίνδυνο από ασθενείς που δεν λαμβάνουν αντιπηκτικά και πιθανόν να μην απαιτείται συρραφή.

Στο οδοντιατρείο θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα τα εξής μέσα αιμόστασης (μερικά από αυτά τα υλικά εμπεριέχουν πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης και μπορεί να μην είναι αποδεκτά από ορισμένους ασθενείς για δεοντολογικούς και θρησκευτικούς λόγους): απορροφητικές γάζες, μέσα αιμόστασης με πωματισμό (όπως οι αιμοστατικοί σπόγγοι) καθώς και «κίτ» συρραφής (βελονοκάτοχο, λαβίδα, ράμμα, ψαλίδι).

Κάποιες οδηγίες προτείνουν τη χρήση ειδικών στοματικών διαλυμάτων (π.χ. tranexamic acid mouthwash – όσον αφορά στο tranexamic acid mouthwash μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο εάν υπάρχει συνταγή από τον ιατρό του ασθενή, σε

συνδυασμό με τα υπόλοιπα μέτρα αιμόστασης), ως επιπρόσθετο μέσο αιμόστασης. Ωστόσο, υπάρχει ανεπαρκής έρευνα, ώστε να ισχυριστούμε κάποιο επιπρόσθετο όφελος, όταν τα χρησιμοποιούμε σε συνδυασμό με άλλα μέτρα αιμόστασης σε οδοντιατρικές επεμβάσεις³.

Η βέλτιστη οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία παραμένει ένα συχνό, προκλητικό ζήτημα, που αντιμετωπίζουν οι οδοντίατροι και οι καρδιολόγοι. Πρόσφατα αποδεικτικά στοιχεία³ υποστηρίζουν την ασφάλεια της εκτέλεσης οδοντιατρικών διαδικασιών χωρίς διακοπή των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. Λόγω της σημαντικής μεταβλητότητας στη δράση που έχουν τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα σε κάθε ασθενή, αλλά και στην αιμορραγική τάση που έχει ο κάθε ένας, οι οδοντίατροι θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί για να διερευνούν τις συννοσηρότητες ή τα συνακόλουθα φάρμακα που αυξάνουν την αιμορραγική διάθεση. Σε υψηλότερου κινδύνου ασθενείς για αιμορραγία, μπορεί να απαιτούνται διαδικασίες σε κλινικές με εφεδρική μονάδα αιμοστατικής μονάδας³.

Κατά την επέμβαση, η τοποθέτηση των τοπικών αιμοστατικών παραγόντων και η συρραφή και όχι η συνήθης θεραπευτική αγωγή με μόνο εφαρμογή πίεσης, μπορεί να επιταχύνει την τοπική αιμόσταση και να μειώσει την πιθανότητα μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Επιπλέον, η στενή επακόλουθη παρακολούθηση, η οποία απαιτεί επαρκείς πληροφορίες επικοινωνίας με τον ασθενή,

θα ήταν απαραίτητη για να εξασφαλιστεί ότι τα αιμορραγικά συμβάματα, μπορούν να αντιμετωπιστούν καταλλήλως. ■

► ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Konstantinos C. Koskinas, MD, MSc, Theodoros Lillis, DDS, MSc, Anastasios Tsirlis, DDS, PhD, Niki Katsiki, MD, George D. Giannoglou, MD, PhD, Antonios G. Ziakas, MD, PhD. Dental Management of Antiplatelet-Receiving Patients: Is Uninterrupted Antiplatelet Therapy Safe? *Angiology* 63(4) 245-247.
2. Roberta Rossini et al., Perioperative management of antiplatelet therapy in patients with coronary stents undergoing cardiac and non-cardiac surgery: a consensus document from Italian Cardiological, surgical and anaesthesiological societies. *Focus article. EuroIntervention* 2014; 10: 38-46.
3. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, NHS Education. August 2015.