

Description of image



**Ingrid Lunde Steen**

**Marte Kvittum Tangen**

**Hemming Olsen-Bergem**

**Ketil Arne Espnes**

Publisert: 15.5.2023

## Håndtering av antikoagulantia ved tannbehandling

Det er i dag uklare retningslinjer vedrørende håndtering av antikoagulantia ved tannbehandling, og noen ganger kan antikoagulasjon være til hinder for at pasienten får nødvendig tannbehandling.

Det er i dag uklare retningslinjer vedrørende håndtering av antikoagulantia ved tannbehandling. Mange tannleger og fastleger opplever at dette må avklares i forkant av tannbehandling i hvert enkelt tilfelle, og noen ganger kan antikoagulasjon være til hinder for at pasienten får nødvendig tannbehandling.

Målet med denne artikkelen er å tydeliggjøre når det er behov for at tannleger og fastleger har kontakt om pasientens antikoagulasjon. Vi antar at det vil medføre mindre behov for at fastleger må gi råd i de «enkleste» tilfellene. Dette innebærer ikke at samarbeidet mellom lege og tannlege skal reduseres – tvert imot: God kontakt mellom pasientens fastlege og tannlege er viktig for helhetlig god individuell helse.

### Hovedbudskap

- Platehemmere skal som hovedregel aldri seponeres
- Direkte faktor Xa-hemmere (apiksaban, edoksaban og rivaroksaban) skal ikke seponeres ved tannekstraksjon eller lignende inngrep, men direkte trombinhemmere (dabigatran) kan seponeres ett døgn ved inngrep som gir moderat eller stor blødningsrisiko
- Warfarin trenger ikke seponeres ved INR i målområdet 1,8-3,0 (hvis INR > 3,0 må lege konsulteres)
- For større inngrep eller ved kompliserende faktorer må tannlegen vurdere dette sammen med lege

Generelt gjelder at alle pasienter på antikoagulasjonsbehandling har økt risiko for blødninger (1). Dette medfører at det også er økt blødningsrisiko ved kirurgiske inngrep, tannekstraksjoner og lignende, selv om det er sjelden at bruk av perorale antikoagulantia medfører problematiske blødninger ved tannekstraksjon eller andre enkle inngrep i munnhulen (2-4).

Seponering av antikoagulasjonsbehandling vil på den andre siden medføre en økt risiko for tromboemboliske episoder med potensielt alvorlige konsekvenser (3). Forskning viser imidlertid at ved seponering av antikoagulasjon så er det betydelig større risiko for at pasienten får en tromboembolisk hendelse enn at hen får en blødning som tannlegen ikke vil klare å stanse (3-6). For å unngå unødvendig seponering av antikoagulantia og derved redusere risikoen for sekundær kardiovaskulær hendelse er det behov for klare retningslinjer vedrørende seponering av antikoagulantia i forbindelse med tannbehandling. Dette vil bidra til å forbedre pasientsikkerheten.

Tannlegene har pr. dato en utfordring i det at de mangler tilgang til kjernejournal (KJ) og reseptformidleren (RF), og de er av den grunn ofte avhengig av legens vurdering vedrørende om antikoagulasjon skal seponeres eller ikke. Vi ønsker å bidra til å forenkle vurderingen for tannleger som på selvstendig grunnlag må vurdere håndteringen av en potensiell blødning ved inngrep i munnhulen. Dette er viktig da håndtering

av en eventuell blødning er tannlegens ansvar.

### *Hva skal seponeres?*

Seponering av antikoagulantia skal kun gjøres unntaksvis ved særlig risiko for pasienten, for eksempel ved større inngrep eller annen innvirkende årsak, som størrelse på sårflate, graden av karinnvekst, inflammasjonsgrad og eventuelle andre medisinske faktorer som kan påvirke blødningstendens (2-4). Platehemmere skal som hovedregel aldri seponeres (7-9).

Enkel tannekstraksjon og lignende orale inngrep medfører liten blødningsrisiko for pasienter som behandles med direktevirkende orale antikoagulantia (DOAK) (4). Følgelig kan de aller fleste dentoalveolære inngrep som utføres i tannlegepraksis utføres uten seponering av DOAK (2, 3). Likevel må lokale faktorer som tilstedeværelse av mye granulasjonsvev og nærliggende karstrukturer, samt andre allmennmedisinske påvirkende faktorer vurderes i tillegg til inngrepets omfang (1, 2). Dersom blødningsrisikoen vurderes som lav gjennomføres behandlingen uten seponering av DOAK.

Særlige forsiktighetsregler gjelder likevel hos pasienter som bruker warfarin og hos pasienter med redusert nyrefunksjon som behandles med dabigatran (2, 4).

### *Warfarin*

Tannekstraksjon og andre orale inngrep av tilsvarende type kan utføres ved INR 3,0 eller lavere. INR bør holdes over 1,8 hos pasienter som har indikasjon for warfarin-behandling (2, 3). Hvis INR er under 1,8 eller over 3,0 bør lege kontaktes.

Bite-tampong fuktet med traneksamsyre (Cyklokapron) og munnskylling x 4 med traneksamsyre utfortynnet injeksjonsløsning i 2-3 dager etter inngrepet gir god hemostase ved tanntrekking (2, 6).

Mindre kirurgiske inngrep med forventet god hemostase kan utføres ved INR 1,8-2,5 hos pasienter uten klinisk blødningstendens (3).

### *Direkte trombinhemmere - dabigatran (Pradaxa)*

Særlige forsiktighetsregler gjelder også hos pasienter med redusert nyrefunksjon som behandles med dabigatran. Ved tannekstraksjon og andre enkle orale inngrep (f.eks. fjerning av tannsten) kan behandling med dabigatran fortsette som vanlig. Lokalbehandling med traneksamsyre-fuktet tampong brukes ved behov (2, 3).

Ved større dentoalveolære inngrep (kirurgiske inngrep og inngrep i områder med mye granulasjonsvev) kan pasienten opereres 24 timer etter siste tablettinntak ved GFR > 50 ml/min og 48 timer etter tablettinntak ved GFR 30-50 ml/min (2, 3). Vanligvis kan dabigatran startes opp igjen dagen etter operasjon, men konferer med pasientens fastlege eller med kardiolog eller annen relevant sykehusspesialist om det er usikkerhet omkring nyrefunksjon.

### *Høy tromboembolisk risiko?*

Hos utvalgte pasienter med særlig høy tromboembolisk risiko eller prolongert pause (over ett døgn) anbefales det *bridging*, det vil si bruk av korttidsvirkende antikoagulantia (heparin, fraksjonert heparin) ved en eventuell behandlingspause (2, 6). Da må pasientens fastlege eller kardiolog kontaktes.

### *Nytte versus risiko*

Det vil alltid være unntakstilfeller hvor kontakt for felles vurdering er viktig, det må alltid være den individuelle nytte-risikovurderingen som veier tyngst. Opplysninger om tidligere hendelser, indikasjon for antikoagulasjon, alder, legemiddelinteraksjoner og komorbiditet bør inngå i vurderingen (1, 3, 7). Indikasjon for tannbehandling og blødningsrisiko må vurderes opp mot tromboembolisk risiko ved eventuell seponering av antikoagulasjonsbehandling (3, 7).

## **Konklusjon**

Ved seponering av antikoagulasjon så er det generelt betydelig større risiko for at pasienten får en tromboembolisk hendelse enn at hen får en blødning som tannlegen ikke vil klare å stanse. Platehemmere skal som hovedregel ikke seponeres ved tannekstraksjon eller lignende inngrep. Seponering av antikoagulantia skal kun gjøres unntaksvis ved særlig risiko for pasienten, slik som ved for eksempel større inngrep eller annen innvirkende årsak. Ved bruk av warfarin eller dabigatran gjelder særlige forsiktighetsregler.

## Referanser

1. Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet, Institutt for klinisk odontologi, Avd. for oral kirurgi og oral medisin. Rutiner og metoder: Veileder i håndteringen av medisiner med økt blødningsrisiko. [www.odont.uio.no](http://www.odont.uio.no) (Søk: 3. mai 2023).
2. Giltvedt KM, Bjørnland T, Olsen-Bergem H. Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko. *Nor Tannlegeforen Tid* 2020; 130: 318–24.
3. Langaas, HC, Eriksen AK. Perorale antikoagulantia ved tannbehandling og småkirurgi. [www.relis.no](http://www.relis.no) (Publisert: 23. september 2013).
4. Manfredi M, Dave B, Percudani D et al. World workshop on oral medicine VII: Direct anticoagulant agents management for invasive oral procedures: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2019; 25: 157-173.
5. Heidebuchel H, Verhamme P, Alings M et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin-K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: Executive summary. *Eur. Heart J* 2017; 38: 2137-49.
6. Kämmerer PW, Frerich B, Liese J et al. Oral surgery during therapy with anticoagulants - a systematic review. *Clin Oral Investig* 2015; 19: 171 - 180.
7. Giverhaug T, Raknes G, Skogsholm A. Seponering av platehemmere og antikoagulantia før kirurgi. *Utposten* 2020; 49: 50-1.
8. Mahmood H, Siddique I, McKechnie A. Antiplatelet drugs: a review of pharmacology and the perioperative management of patients in oral and maxillofacial surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102; 9-13.
9. Norsk elektronisk legehåndbok. Blodfortynnende ved tannbehandling og kirurgi. <https://legehandboka.no/> (Sist oppdatert: 22. mars 2022).