



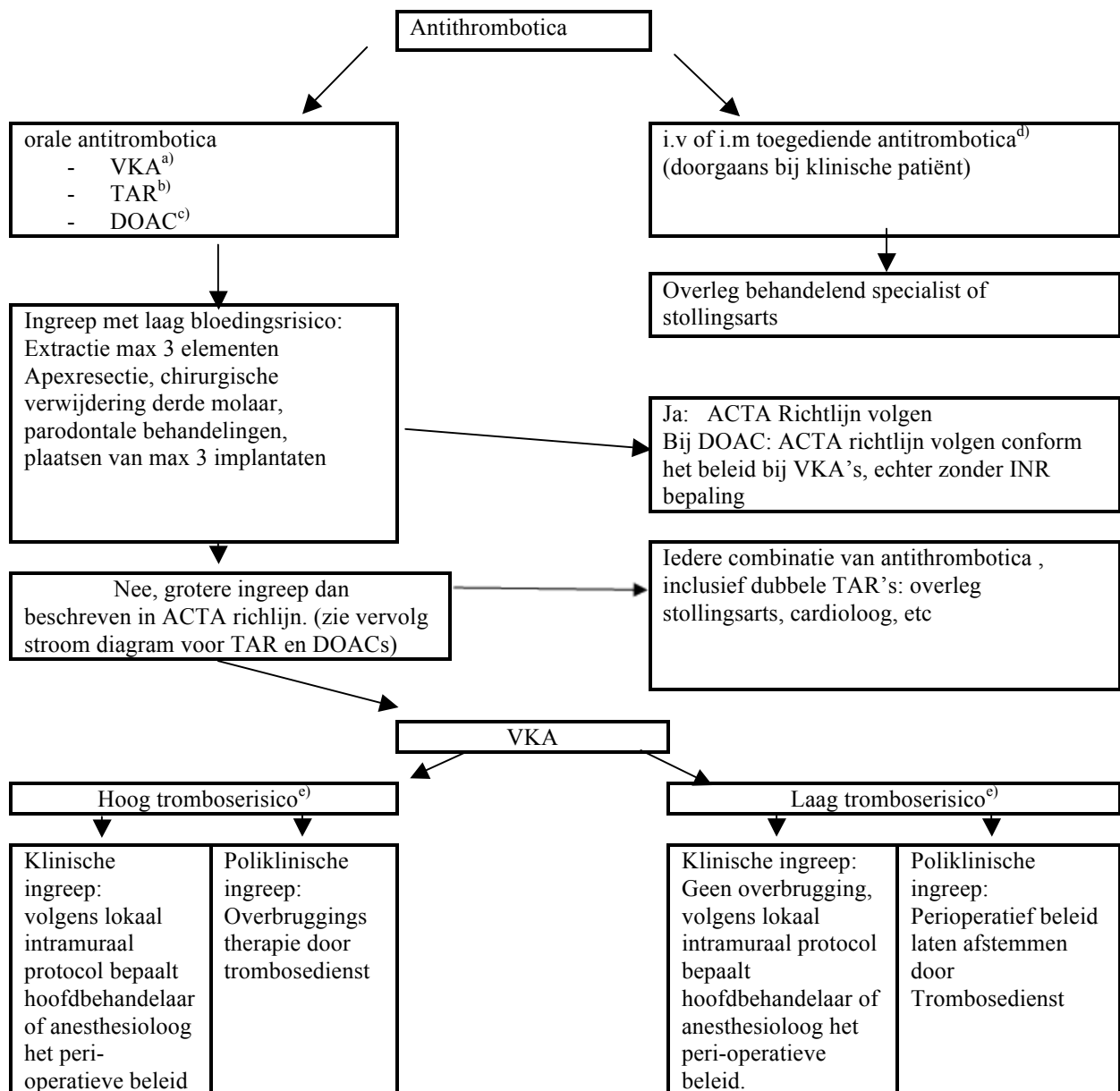
Nederlandse Vereniging voor
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

ANTITHROMBOTICA

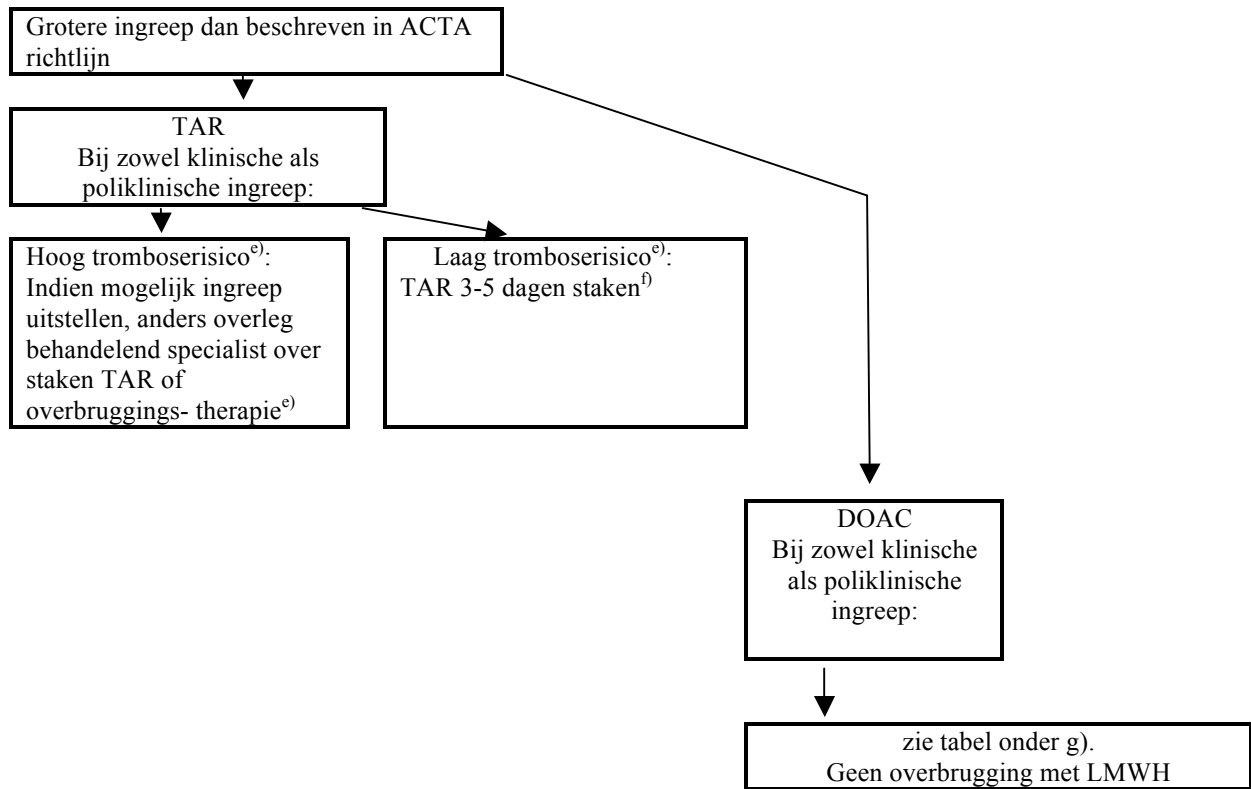
Algemeen

- Indien mogelijk worden de antithrombotische middelen niet of slechts kortdurend gestaakt voor een chirurgische ingreep. Dit dient vooral ter bescherming van de patiënten met een hoog risico op trombo-embolische complicaties. Indien het staken van de orale antithrombotica noodzakelijk is vanwege de grootte van de ingreep dient bij patiënten met een hoog risico op trombose overbruggingstherapie te worden ingezet.
- De kans op een (geringe en goed te behandelen) nabloeding dient altijd afgewogen te worden tegen een trombo-embolisch accident.
- De ACTA richtlijn “Beleid bij tandheelkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling” die is geaccordeerd door de KNMT, de FNT (Federatie van Nederlandse Trombosediensten) en onderdeel is van de LSKA (Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling) is nog altijd de versie uit 2012. Hierin zijn de directe orale anticoagulantia (DOACs of NOACs) niet opgenomen. Op basis van de ervaringen die inmiddels met deze middelen zijn opgedaan en op basis van verschillende bronnen¹¹⁻¹⁴ neemt de NVMKA de DOACs/NOACs ook in haar richtlijn op.
- Bij de behandeling van patiënten die antithrombotica gebruiken kunnen de volgende maatregelen worden overwogen om nabloedingen te voorkomen:
 - goed overhechten
 - gebruik van bloedstelpende materialen zoals gelatine (Gelita[®], Spongostan[®], Willospon[®]), geoxideerde cellulose (Surgicel[®]) of chitosan (Hemcon[®])
 - goede instructies aan de patiënt, mondeling en schriftelijk
 - de patiënt een half uur na behandeling de afdeling laten verlaten, nadat is gecontroleerd op nabloedingen.
 - voorschrijven van tranexaminezuur mondspoeling 50 mg/ml, 200ml, 5 dagen 4dd zachtjes de mond spoelen gedurende 10 minuten
- Patiënten die twee verschillende trombocytenuitremmers voorgeschreven krijgen vallen doorgaans in groep met een hoog risico op trombose, bijvoorbeeld kort na het plaatsen van een coronaire stent. Vaak is de dubbele trombocytenuitremming voor een beperkte periode voorgeschreven. Het uitstellen van de een ingreep tot na deze periode is te overwegen. Het staken van één van deze middelen zonder overleg met de behandelaar wordt afgeraden.

Stroomdiagram



Stroomdiagram; vervolg



Toelichting stroomdiagram

a) VKA = vitamine K antagonisten. In Nederland worden hiervoor acenocoumarol en fenprocoumon (Marcourmar®) gebruikt.

b) TAR = Trombocyten aggeratieremmers.

Acetylsalicylzuur (Ascal® 1dd 80-100mg), Clopidogrel (Plavix® 1dd 75mg), Dipyridamol (Persantin® 2dd 200mg), dipyridamol/acetylsalicylzuur (Asasantin® 2dd 200/25 mg) en Ticagrelor (Brilique®) zijn de meest voorgeschreven middelen in deze categorie.

c) Dit betreffen de factor Xa antagonisten Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) en Edoxaban (Lixiana®) en directe trombine inhibitoren, zoals Dabigatran (Pradaxa®).

d) Dit betreft doorgaans heparine of laagmoleculair-gewicht heparine. In overleg met de behandelend specialist kan een kleine ingreep, bijvoorbeeld één of enkele extracties, zonder staken van de therapie worden uitgevoerd. Bij LMW heparines kan dit het beste kort voor de volgende gift. Bij grotere ingrepen: overleg met de behandelend specialist.

In een enkel geval kan men geconfronteerd worden met een klinische patiënt die trombolytica (bv Streptokinase, Urokinase) toegediend krijgt en een acute chirurgische behandeling moet ondergaan. In dat geval is altijd overleg met de behandelend specialist aangewezen.

e) Het bepalen van het tromboserisico van een individuele patiënt behoort niet tot de dagelijkse routine van de kaakchirurg. In sommige gevallen is het risico eenvoudig in te schatten.

Er zijn diverse scoringsmethoden beschikbaar om het tromboserisico in te schatten. Hiervoor wordt verwezen naar lokale richtlijnen en de literatuur. Hiervoor wordt verwezen naar de Nederlandse richtlijn antitrombotisch beleid¹⁵⁾. In de praktijk zal bij twijfel meestal overleg plaatsvinden met de behandelend specialist.

Bij klinische procedures zal de inschatting van het tromboserisico en eventueel overleg met cardioloog, internist over het perioperatieve beleid door de anesthesioloog worden uitgevoerd.¹⁰⁾

f) Bij klinische opname wel reguliere antitrombotische (DVT) profylaxe voorschrijven.

g) Tabel: laatste gift DOAC voor ingreep met verhoogd of normaal bloedingsrisico.

NB: De ingrepen genoemd in de ACTA richtlijn vallen onder de ingrepen met een *laag* bloedingsrisico: de DOAC kan dan gecontinueerd worden.

eGFR	Dabigatran (Pradaxa®)		Apixaban (Eliquis®) Rivaroxaban (Xarelto®) Edoxaban (Lixiana®)	
	Normaal* bloedingsrisico	Hoog* bloedingsrisico	Normaal* bloedingsrisico	Hoog* bloedingsrisico
≥80	24 uur	48 uur	24 uur	48 uur
≥ 50 - 80	36 uur	72 uur	Minimaal 24 uur	Minimaal 48 uur
≥ 30 – 50	48 uur	96 uur	Minimaal 24 uur	Minimaal 48 uur
< 30	Dabigatran is gecontra-indiceerd bij een klaring van < 30 mL/min		Minimaal 36 uur	Minimaal 48 uur

Literatuur

- Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361: 1139-51.
- Patel MR, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011;365(10):883-91.
- Abraham-Inpijn, L. Antistolling en tandheelkundige ingrepen, in: Aps JKM et al (red.). Het tandheelkundig jaar 2012. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012: 242-57.
- van Diermen DE, Aartman IH, Baart JA, Hoogstraten J, van der Waal I. Dental management of patients using antithrombotic drugs: critical appraisal of existing guidelines. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009;107(5):616-24.
- van Diermen DE, Hoogstraten J, van der Waal I. Bloedige ingrepen bij patiënten met antitrombotica: nieuwe inzichten. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2008;115(4):225-9
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn. Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie arteriële trombose. ISBN: 978-90-8523-193-6
- Jong de J.S et al. Perioperatieve onderbreking van antistollingsmiddelen. NTvG 2009;153:1622-28
- Kearon C et al. Managing of anticoagulation before and after surgery in patients who require oral anticoagulants. N Engl J Med 1997;336:1506-1511
- Burger W et al. low-dose aspirin for secondary prevention-cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation. J Int Med. 2005;257:399-414
- Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling. Projectrapportage in opdracht van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. juli 2012. Digitaal beschikbaar via www.medicatieoverdracht.nl
- Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen. Werkgroep NOACs van de wetenschappelijkeverenigingen en Orde van Medisch Specialisten. 2012
- Firriolo FJ1, Hupp WS. Beyond warfarin: the new generation of oral anticoagulants and their implications for the management of dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Apr;113(4):431-41.
- Wahl MJ, Pinto A, Kilham J, Lalla RV. Dental surgery in anticoagulated patients--stop the interruption. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015 Feb;119(2):136-57.
- Johnston S. An evidence summary of the management of patients taking direct oral anticoagulants (DOACs) undergoing dental surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016 May;45(5):618-30.
- Richtlijn antitrombotisch beleid. Digitaal beschikbaar via www.richtlijndatabase.nl