E’ necessario sospendere la TAO in caso di chirurgia orale ambulatoriale?

Data 13 agosto 2008
Categoria clinical_queries

I pazienti scoagulati possono essere gestiti in sicurezza nella pratica dentistica ambulatoriale a condizione che l’INR sia stabile da tempo e compreso tra 2 e 4.

La Terapia Anticoagulante Orale (TAO) è pratica comune in Medicina Generale in pazienti con Fibrillazione Atriale o Protesi Valvolare spesso con comorbidità e al MMG può essere chiesto un consiglio sul da farsi in caso di procedure dentali ambulatoriali come estrazione di un dente o una gengivectomia.

E’ pratica comune da parte dei dentisti inviare il paziente in ospedale per evitare ogni problema medico legale.

A questo punto sorge il problema sul da farsi e la gestione è del tutto empirica da parte di ematologi o dentisti per il timore di sanguinamento importante: interrompere per qualche giorno la TAO, portare l’INR sotto i 2, sostituirlo con EBPM.

Cosa dicono le evidenze?

La consultazione della banca dati Medline con filtro per RCT ha dato luogo a 14 trials (1-14) in cui venivano comparati soggetti tenuti scoagulati rispetto ai controlli in cui veniva sospesa la TAO oppure venivano confrontati gruppi con regimi di INR differenti.

Qualemessaggio?

> Vi sono evidenze che i pazienti scoagulati possono essere gestiti in sicurezza nella pratica dentistica ambulatoriale a condizione che l’INR sia stabile da tempo e compreso tra 2 e 4.

Il Dental Practitioners' Formulary (DPF) 2002-2004 consiglia la determinazione dell’INR 24 ore prima della procedura, ma in caso di INR stabile può essere ottenuto anche 72 ore prima.

Così si esprimono anche le Linee Guida (15,16)

Quali precauzioni adottare?

1) L'estrazione dovrebbe essere programmata per l'inizio della settimana in modo da assicurare al paziente un pronto intervento se dovesse verificarsi un sanguinamento nelle 24-48 ore successive.

2) L'anestetico dovrebbe essere associato ad un vasocostrittore e somministrato per infiltrazione, evitando, se possibile, il blocco nervoso regionale.

3) Si può ottenere il controllo dell'emorragia mediante l'impiego di emostatici locali (tamponi riassorbibili in cellulosa es. Surgicel o in gelatina es. Stypro)] e la sutura dei bordi alveolari.

4) Per favorire l'emostasi il paziente dovrebbe esercitare una leggera compressione, mordendo un tampone in garza di cotone appoggiato sulla ferita.

5) Il ricorso a farmaci antifibrinolitici (es. ac. tranexamico) per applicazione topica non offre nessun vantaggio e non è consigliabile.

6) Prima di congedare il paziente, infine, occorrerà fornire alcune indicazioni utili per la gestione "domiciliare" della ferita.

7) Per aiutare la formazione di un coagulo stabile e ridurre il rischio di risanguinamento nel postoperatorio, è consigliabile:

• non sciacquare la bocca nelle prime 24 ore;
• non toccare il coagulo con la lingua;
• non bere liquidi caldi né masticare cibi solidi per il resto della giornata;
• nei giorni successivi evitare di masticare dalla parte della ferita.

Inoltre:

• se il sanguinamento non dovesse arrestarsi o dovesse, nonostante tutto, riprendere, il paziente dovrà applicare una

compressione sulla ferita con un tampone di garza o un fazzoletto pulito, tenendolo premuto per almeno 20 minuti. Se il provvedimento dovesse risultare inefficace, si raccomanda di ricontattare l'ambulatorio per una visita urgente.
• il paracetamolo, non interferendo con l'aggregazione piastrinica, può essere considerato l'analgesico di scelta da impiegare in caso di dolore postoperatorio.

ClementinoStefanetti

Bibliografia

1) Al-Mubarak S, Al-Ali N Abou-Rass M, Al-Sohail A, Robert A, Al-Zoman K, Al-Suwyed A, Ciancio S.: Evaluation of dental extractions, suturing and INR on postoperative bleeding of patients maintained on oral anticoagulant therapy. Br Dent J. 2007 Oct 13;203(7):E15

2) Sacco R, Sacco M, Carpenedo M, Mannucci PM.: Oral surgery in patients on oral anticoagulant therapy: a randomized comparison of different intensity targets. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Jul;104(1):e18-21

3) Giuffrè G, Caputo G, Misso S, Peluso F.: Platelet-rich plasma treatment and hemostasis in patients with hemorrhagic risk. Minerva Stomatol. 2006 Nov-Dec;55(11-12):599-609

4) Al-Mubarak S, Rass MA, Alsuwyed A, Alabdulaaly A, Ciancio S.: Thromboembolic risk and bleeding in patients maintaining or stopping oral anticoagulant therapy during dental extraction. J Thromb Haemost. 2006 Mar;4(3):689-91

5) Carter G, Goss A.: Tranexamic acid mouthwash--a prospective randomized study of a 2-day regimen vs 5-day regimen to prevent postoperative bleeding in anticoagulated patients requiring dental extractions. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003 Oct;32(5):504-7.

6) Carter G, Goss A, Lloyd J, Tocchetti R.: Tranexamic acid mouthwash versus autologous fibrin glue in patients taking warfarin undergoing dental extractions: a randomized prospective clinical study. J Oral Maxillofac Surg. 2003 Dec;61(12):1432-5

7) Al-Belasy FA, Amer MZ. Hemostatic effect of n-butyl-2-cyanoacrylate (histoacryl) glue in warfarin-treated patients undergoing oral surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2003 Dec;61(12):1405-9

8) Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW.: Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized
controlled trial. Br J Oral Maxillofac Surg. 2002 Jun;40(3):248-52.

9) Halfpenny W, Fraser JS, Adlam DM.: Comparison of 2 hemostatic agents for the prevention of postextraction hemorrhage in patients on anticoagulants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001 Sep;92(3):257-9.

10) Mehra P, Cottrell DA, Bestgen SC, Booth DF.: Management of heparin therapy in the high-risk, chronically anticoagulated, oral surgery patient: a review and a proposed nomogram. J Oral Maxillofac Surg. 2000 Feb;58(2):198-202.

11) Souto JC, Oliver A, Zuazu-Jausoro I, Vives A, Fontcuberta J. Oral surgery in anticoagulated patients without reducing the dose of oral anticoagulant: a prospective randomized study. J Oral Maxillofac Surg. 1996 Jan;54(1):27-32; discussion323.

12) Ramström G, Sindet-Pedersen S, Hall G, Blombäck M, Alander U.: Prevention of postsurgical bleeding in oral surgery using tranexamic acid without dose modification of oral anticoagulants. J Oral Maxillofac Surg. 1993 Nov;51(11):1211-6.

13) Borea G, Montebugnoli L, Capuzzi P, Magelli C.
Tranexamic acid as a mouthwash in anticoagulant-treated patients undergoing oral surgery. An alternative method to discontinuing anticoagulant therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993 Jan;75(1):29-31.

14) Sindet-Pedersen S, Ramström G, Bernvil S, Blombäck M.: Hemostatic effect of tranexamic acid mouthwash in anticoagulant-treated patients
undergoing oral surgery. N Engl J Med. 1989 Mar 30;320(13):840-3.

15) Surgical management of the Primary Care Dental Patient on Warfarin
http://www.dundee.ac.uk/tuith/Static/info/warfarin.pdf

16) Lack of a scientific basis for routine discontinuation of oral anticoagulation therapy
before dental treatment. American Dental Association. 2003
http://jada.ada.org/cgi/reprint/134/11/1492.pdf