

THERAPIESICHERHEIT

Neue S3-Leitlinie zur zahnärztlichen Chirurgie unter Gerinnungshemmern

! In der zahnärztlichen Chirurgie können postoperative Nachblutungen bei Patienten unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung ein ernst zu nehmendes Problem darstellen. Eine neue S3-Leitlinie gibt Empfehlungen für den Fall, dass Indikationen für ein Beibehalten der oralen Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung bestehen. |

Anamnese und Aufklärung

Bei der Anamnese
auch die
Nierenfunktion
abfragen

Die Anamnese vor einem zahnärztlich-chirurgischen Eingriff soll immer speziell bekannte anamnestische Besonderheiten im Hinblick auf die Blutgerinnung beinhalten. Speziell bei neuen bzw. direkten oralen Antikoagulanzen (NOAKs) soll der Zeitpunkt der letzten Tabletteneinnahme erfragt werden. Speziell bei NOAKs soll vor zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen eine Nierenfunktionseinschränkung erfragt werden.

Aufklärung mit
Ansprechstation für
den Notfall

Die Patienten unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung sollen vor der Operation über mögliche Nachblutungen, über Verhaltensmaßnahmen bei Blutung und über ein prolongiertes Nachsorgeintervall aufgeklärt werden. Für den Notfall soll dem Patienten eine Möglichkeit zur Nachsorge – auch außerhalb der regulären Sprechstunde – geboten werden. Präoperativ können Verbandsplatten angefertigt werden. Der Einsatz weiterer lokal hämostyptischer Maßnahmen kann geplant werden.

Rücksprache mit dem behandelnden Arzt

Bei Rücksprache mit den Hausärzten oder Kardiologen soll durch den Zahnarzt erklärt werden, um welche Eingriffe und welches Blutungsrisiko es sich handelt. Die Notwendigkeit der Behandlung mit oralen Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmern sollte erfragt werden und gegebenenfalls im Sinne einer Nutzen-Risiko-Analyse gemeinsam mit dem Hausarzt oder Kardiologen unter Adressierung der o. g. Punkte evaluiert werden.

Labor

Bei Patienten mit Cumarinderivaten soll eine präoperative Bestimmung des INR (24-48 h vor dem Eingriff) erfolgen. Eine spezielle laborchemische Untersuchung der Gerinnungsparameter bei Patienten unter NOAKs und Thrombozytenaggregationshemmern vor zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen ist nicht sinnvoll.

Lokalanästhesie

Die Anwendung von Adrenalin bei der zahnärztlichen Anästhesie von Patienten unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung kann

befürwortet werden, wobei eine längere postoperative Nachkontrolle notwendig sein kann, da nach dem Nachlassen der Adrenalinwirkung eine erhöhte Blutungsrate möglich ist. Bei Patienten unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung sollte auf lokalanästhetische Techniken ausgewichen werden, die nur ein geringes bis kein Risiko einer Gefäßverletzung mit konsekutiver Nachblutung aufweisen.

Versorgung der Alveole

Zur Senkung des Nachblutungsrisikos soll die Ausräumung von Granulationsgewebe erfolgen. Die adaptierende Naht der Alveole kann das Nachblutungsrisiko senken, wobei das Weichgewebe weniger traumatisiert wird als bei der Verwendung lokaler Lappenplastiken zur Deckung.

Hämostyptische Maßnahmen

Bei Patienten unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung oder Bridging sollen hämostyptische Maßnahmen ergriffen werden.

Abwägung ambulante vs. stationäre Behandlung

Im Falle größerer Eingriffe oder Operationen in schlecht komprimierbaren Gebieten bzw. bei Patienten mit Dual- oder Tripeltherapie sollte eine stationäre Behandlung geplant werden. In Fällen prolongierter bzw. starker Nachblutung sollte eine stationäre Behandlung der betroffenen Patienten erwogen werden.

Blutungsrisiko/Vermeidung von Nachblutungen

Vor Beginn des Eingriffs soll das eingriffsbedingte Blutungsrisiko bewertet werden und die Strategie für die Wundversorgung (zum Beispiel Nahtversorgung, Komprimierbarkeit, Verbolzung) geklärt sein. Bei Eingriffen mit größerem Blutungsrisiko (z. B. infizierte Wunden/Abszesse, im Bereich von Mundboden, Sinus maxillaris und im retromaxillären Raum) sollte die Behandlung durch Fachzahnärzte für Oralchirurgie oder MKG-Fachärzte bzw. durch Fachkliniken unter stationären Kautelen erfolgen.

Bei antikoagulierten (Vitamin-K-Antagonisten) Patienten kann eine 2- bis 7-tägige Mundspülung (4x täglich) mit 5 % **Tranexamsäure** in Abhängigkeit vom zu erwartenden Blutungsrisiko in Erwägung gezogen werden, um Nachblutungsereignisse zu vermeiden. Auch bei Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmung kann die Mundspülung mit Tranexamsäure positive Effekte zwecks Vermeidung von Nachblutungen haben.

Begleitmedikation/Chirurgie unter bestimmten Arzneimitteln

Eine bestehende Schmerzmedikation mit **nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR)** kann bei Patienten unter Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung belassen werden. Zur Schmerzmedikation von Patienten unter Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung können sog. Cox-

Vor Beginn das Blutungsrisiko bestimmen!

Schmerzmittel: notfalls auf Cox-2-Hemmer oder Coxibe umstellen

Weiterführen:
Therapie mit
Cumarinen, ...

2-Hemmer oder Coxibe wie Etoricoxib aufgrund der geringeren Wirkung auf das Gerinnungssystem angewandt werden, um einen zusätzlichen Einfluss auf das Gerinnungssystem zu vermeiden. Naproxen erscheint als Mittel der Wahl bei allen Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko. Für die Kurzzeittherapie akuter Schmerzen über wenige Tage ist bei Patienten ohne relevantes kardiovaskuläres Risiko Ibuprofen und Diclofenac geeignet.

Bei typischen, zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich soll die Therapie mit Cumarinen (**z. B. Phenprocoumon, Warfarin**) weitergeführt werden. Sondervotum der DGMKG: „... kann die Therapie ... auch weitergeführt werden.“ Bei zahnärztlichen Eingriffen mit höherem Blutungsrisiko unter laufender Cumarin-Therapie sollte eine Behandlung durch Spezialisten/Fachkliniken, auch unter stationären Kautelen, erwogen werden.

... mit Dabigatran, ...

Bei einfachen, zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich sollte die Therapie mit **Dabigatran** weitergeführt werden. Sondervotum der DGMKG: „Bei einfachen, zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich kann die Therapie mit Dabigatran entweder für 1 Tag unterbrochen oder auch weitergeführt werden.“ Bei zahnärztlichen Eingriffen unter Dabigatran sollte der Operationszeitpunkt in möglichst großem Abstand zur letzten Einnahme liegen (d. h. kurz vor der nächsten regulären Einnahme).

PRAXISTIPP | Elektive zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit höherem Blutungsrisiko unter Dabigatran sollten nicht früher als 12–24 Stunden nach der letzten Einnahme erfolgen; bei Niereninsuffizienz sollte ein längerer Zeitabstand eingehalten werden. Soweit innerhalb der individuellen postoperativen Beobachtungszeit keine Blutungen aufgetreten sind, sollte die nächste Einnahme von Dabigatran unmittelbar erfolgen.

... und mit Faktor-
Xa-Inhibitoren

Ebenfalls bei einfachen, zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich sollte die Therapie mit direkten Faktor-Xa-Inhibitoren (**Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban**) weitergeführt werden. Der Zeitpunkt für Eingriffe unter direkten Faktor-Xa-Inhibitoren sollte in möglichst großem Abstand zur letzten Einnahme liegen (d. h. kurz vor der nächsten regulären Einnahme).

PRAXISTIPP | Elektive zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit höherem Blutungsrisiko unter direkten Faktor-Xa-Inhibitoren sollten nicht früher als 12–24 Stunden nach der letzten Einnahme erfolgen. Dringliche zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit höherem Blutungsrisiko unter direkten Faktor-Xa-Inhibitoren mit kürzer als 12–24 Stunden nach der letzten Einnahme sollten verschoben oder einem Spezialisten/einer Fachklinik zugeführt werden.

Keine Bedenken
bei ASS

Bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen soll die niedrig dosierte Monotherapie mit **Acetylsalicylsäure** im Rahmen der Sekundärprophylaxe weitergeführt werden.

Bei einfachen, zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich sollte die Monotherapie mit **Clopidogrel, Prasugel, Ticagrelor** weitergeführt werden. Bei zahnärztlichen Eingriffen mit höherem Blutungsrisiko unter Monotherapie mit Clopidogrel, Prasugel, Ticagrelor sollte eine Behandlung durch Spezialisten/Fachkliniken erwogen werden.

Eine **duale Anti-Aggregation/Tripel-Therapie** soll für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe nicht ohne hausärztliche Rücksprache abgesetzt werden. Elektive Eingriffe sollen verschoben werden, bis die duale Anti-Aggregation/Tripel-Therapie nicht mehr indiziert ist. Auch bei Notfalleingriffen soll die duale Thrombozytenaggregationshemmung/Tripel-Therapie weiter appliziert werden. Zeitnah durchzuführende zahnärztlich-chirurgische Eingriffe bei Patienten unter dualer Anti-Aggregation/Tripel-Therapie sollen unter guter Nachsorgemöglichkeit bzw. stationären Kautelen durchgeführt werden.

Typische zahnärztlich-chirurgische Eingriffe wie Zahnextraktionen, Osteotomien, Implantationen oder umschriebene Weichgewebseingriffe sollen unter laufender Therapie mit **Vitamin-K-Antagonisten ohne ein Bridging** stattfinden. Sondervotum der DKZMK: „Typische zahnärztlich-chirurgische Eingriffe wie Zahnextraktionen, Osteotomien, Implantationen oder umschriebene Weichgewebseingriffe können entweder unter laufender Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten oder unter einem Bridging stattfinden.“ Vor größeren Eingriffen (z. B. mit Bezug zu Mundboden, Sinus maxillaris oder dem retro-maxillären Raum) kann die Umstellung auf Heparin (Bridging) sinnvoll sein.

☒ QUELLE

- S3-Leitlinie „Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung“. AWMF-Registernummer: 083-018

KINDERZAHNHEILKUNDE

White Spot Lesions: Remineralisierungspräparat PRG Barrier Coat® im Test

| Sogenannte White-Spot-Läsionen treten bei Kindern und Jugendlichen als Kariesvorstufe häufig auf. Ein Schutzlack, der verschiedene Ionen freisetzt, kann die Remineralisation fördern. |

Um das Fortschreiten der beginnenden Karies einzudämmen und ästhetische Probleme zu verhindern, ist eine effektive Remineralisierung notwendig. Eine Studie aus Japan testete die Wirkung von PRG Barrier Coat®/Shofu an Probanden im Alter von 8–15 Jahren mit White-Spot-Läsionen. Die Bereiche, auf denen das Mittel aufgetragen worden war, beobachtete man 3–12 Monate und verglich sie mit den Ausgangswerten.

Das getestete Präparat enthält Füllstoffpartikel, die 6 Ionen-Typen freisetzen: Fluorid, Natrium, Strontium, Aluminium, Silikat und Borat. Der S-PRG-Füllstoff hemmt nachweislich die Plaquebildung und besitzt die Fähigkeit, Säure zu neutralisieren.

Bei der „normalen“
Oralchirurgie
braucht es kein
Bridging



IHR PLUS IM NETZ
Volltext online

Schutzlack setzt
verschiedene Ionen
frei