

Tandvård vid behandling med antikoagulantia och/eller trombocythämmare

Fastställt juni 2026 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till juni 2028.

Huvudbudskap

- Behandling med antikoagulantia och trombocythämmare är livsviktigt för många patienter. I de flesta fall är det möjligt att göra tandbehandling utan att sätta ut dessa.
- Behandlaren ska ha kunskap och rutiner för att kunna hantera ev. blödningskomplikationer. I annat fall bör patienten remitteras till specialisttandvården.
- Vid kombinationsbehandling med antikoagulantia och en eller flera trombocythämmare bör behandlande läkare eller specialisttandvård kontaktas.

Denna riktlinje syftar till att ge ökad kunskap och trygghet vid behandling av patienter som står på perorala antikoagulantia och/eller trombocythämmare. Riktlinjen gäller för all tandvård inom Västra Götaland.

Att sätta ut antikoagulantia ett eller ett par dygn kan äventyra patientens hälsa och medföra ökad risk för allvarlig blodpropp. I de flesta fall är det möjligt att göra tandbehandling utan att sätta ut antikoagulantia. I vissa situationer kan tandbehandling utan utsättning av antikoagulantia kräva särskild planering. Det gäller till exempel vid kombinationsbehandling med antikoagulantia och en eller flera trombocythämmare, vid särskilda sjukdomstillstånd med ökad blödningsrisk, vid stora geografiska avstånd till akutsjukvård eller inför större dentoalveolära ingrepp. I dessa fall bör behandlande läkare eller specialisttandvård kontaktas inför behandlingen.

Sjukdomstillstånd som behandlas med blodförtunnande läkemedel

Läkemedelsbehandling med orala antikoagulantia och trombocythämmare är vanligt förekommande vid flera sjukdomstillstånd som drabbar hjärta och kärl (t.ex. tromboembolisk sjukdom, förmaksflimmer, mekanisk hjärtklaffsprotos).

Läkemedel

Blodförtunnande läkemedel delas in utifrån verkningsmekanism och vilken del av hemostasen som påverkas. Huvudgrupperna är:

1 Trombocytaggregationshämmare

2 Perorala antikoagulantia (warfarin och DOAK¹ (NOAK))

Substanser för läkemedel i de olika grupperna framgår av tabellen nedan.

¹ direktverkande orala antikoagulantia

PRIMÄR HEMOSTAS – vasokonstriktion – trombocytplugg	SEKUNDÄR HEMOSTAS – aktivering av koagulationsfaktorer – fibrinkoagel	FIBRINOLYS – upplösning av fibrinkoagel
Trombocytaggregationshämmare: acetylsalicylsyra (ASA) COX-hämmare (NSAID) dipyridamol klopidogrel prasugrel ticagrelor	LMH (låg molekylära hepariner) Perorala antikoagulantia: warfarin DOAK apixaban dabigatran edoxaban rivaroxaban	Fibrinolyshämmare: tranexamsyra

Hemostasens olika delar

Primär hemostas

Den primära hemostasen innefattar kärlkonstriktion samt trombocyttaktivering, -adhesion och -aggregation, vilket leder till bildandet av en trombocytplugg. Denna process gör att det initialt slutar blöda inom några minuter.

Läkemedel som hämmar den primära hemostasen är ASA, COX-hämmare m.fl. Sjukdomar med defekt primär hemostas är von Willebrands sjukdom, trombocytopeni och trombocytopeni.

Sekundär hemostas

Koagulationsfaktorer aktiveras och därmed koagulationskaskaden. Protrombin omvandlas till trombin, som i sin tur omvandlar fibrinogen till fibrin. En fibrininlagring sker och den primära trombocytpluggen omvandlas till mer stabil koagel.

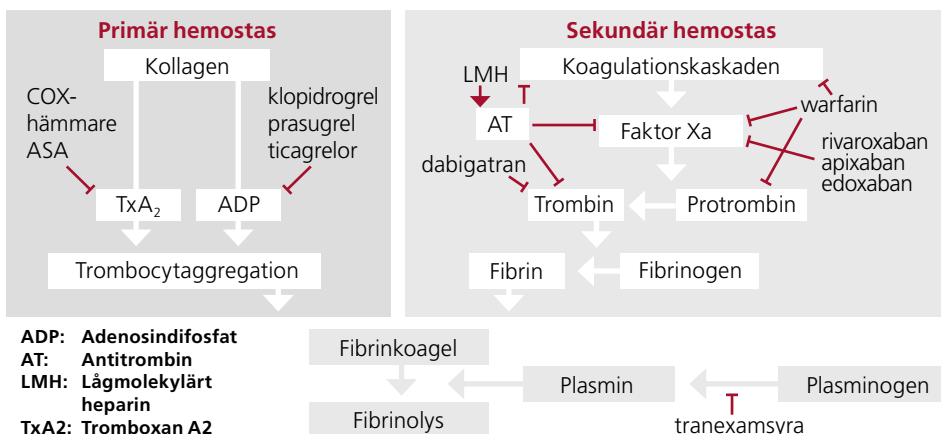
Hämmare faktorer är antikoagulantia, koagulationsfaktorbrist (t.ex. hemofili) och leversjukdom. Hos blödersjuka och patienter som behandlas med antikoagulantia blir fibrinkoaglet glesare och svagare.

Störningar i den sekundära hemostasen kan medföra sena och långdragna blödnings.

Vid behandling med warfarin kontrolleras patienterna regelbundet på AK-mottagningar. Warfarineffekten mäts som protrombintid (PT eller PK) och anges oftast som en kvot jämfört med normal koagulation; INR (International Normalized Ratio). Behandlingsmål vid warfarinbehandling ligger vanligen mellan 2 och 3. En frisk patient har INR < 1,2. Ju högre INR desto högre blödningsbenägenhet.

Fibrinolys

Plasminogen omvandlas till plasmin som bryter ner fibrinet och fibrinkoaglet löses upp.



Interaktioner

COX-hämmare (NSAID) och ASA i kombination med antikoagulantia (warfarin och DOAK) ger en ökad blödningsrisk. Patienten bör undvika ASA i analgetisk dos och COX-hämmare före ingrepp, men kan fortsätta med lågdos-ASA. Informera patienten om att inte heller använda receptfria COX-hämmare eller ASA. Även naturläkemedel som omega-3, vitlök, johannesört, ginkgo biloba m.fl. kan påverka blödningsrisken.

Warfarin interagerar med ett stort antal läkemedel vilket kan ge ökad blödningsrisk.

Vanliga läkemedel inom tandvården som kan interagera är t.ex:

- antibiotika (metronidazol, erytromycin)
- antifungala medel (flukonazol, mikonazol)
- tramadol
- noskapin
- paracetamol som kontinuerlig behandling i doser över 2 gram/dygn (vuxna). Kortvarig behandling i full dos (max 3 dygn) går dock bra. Försiktighet även vid kombination med klindamycin, amoxicillin, klaritromycin, nystatin, etylmorfin och cocillana-extrakt.

DOAK bör t.ex. inte kombineras med ketokonazol, itrakonazol, erytromycin, klaritromycin eller tramadol eftersom kombination kan ge ökad blödningsrisk.

Vid behov av läkemedelsbehandling med preparat som kan interagera med antikoagulantia eller trombocythämmare bör aktuell interaktionsrisk kontrolleras, till exempel i FASS eller Janusmed interaktioner. Vid osäkerhet, eller om behandling med interagerande läkemedel bedöms nödvändig, bör behandlande läkare eller AK-mottagning kontaktas.

Planering inför operativ tandextraktion, och depuration

1. Noggrann anamnes:
 - indikationen för antikoagulantia
 - vilket preparat patienten har
 - andra läkemedel som kan påverka blödningsrisken
 - tidigare postoperativ blödningskomplikation
2. Värdera omfattningen av ingreppet. Vid behov av multipla extraktioner, börja med enstaka tand/tänder.
3. Boka tid, helst en fm, ej dag före helg.
4. *Patienter som behandlas med warfarin*
Samordna gärna med ordinarie provtagningsdag så patienten slipper extra provtagning via AK-mottagningen. Be patienten via vårdcentral eller AK-mottagning ta INR-prov dagen före behandling alternativt kontakta AK-mottagning. INR-värdet bör inte vara äldre än ett dygn.

5. *Patienter som behandlas med DOAK*
Ingen provtagning är nödvändig. Ingreppet genomförs på samma sätt som vid warfarin-behandling. Vid ingrepp med större risk för blödning – konsultera specialisttandvård.
6. Utfärda recept på tranexamsyra (Cyklokapron brustablett 1 g, 16 st) och vid behov analgetika (paracetamol i första hand) och uppmana patienten att hämta ut receptet i anslutning till behandlingen.

Remiss till specialisttandvård

Remittera till specialisttandvård i följande fall:

- Vid instabilt INR-värde eller INR > 3.
- Om patienten har grav lever- eller njurinsufficiens eller koagulationsrubbing.
- Vid tidigare blödningsproblematik i samband med tandvård.
- Patienter som står på kombinationsbehandling trombocythämmare och antikoagulantia eller dubbel trombocythämning.

Patientinformation

Innan behandling påbörjas lämnas skriftlig information om ingreppet och lokal tranexamsyrabehandling till patienten. Patientinformationen finns att ladda ner från [terapigruppens hemsida](#).

Genomförande av ingreppet

Patienter som behandlas med trombocythämmare

Vid störningar i primära hemostasen är noggrann slutning av sårkanter med så tät suturering som möjligt och god kompression de viktigaste åtgärderna.

Patienter som behandlas med antikoagulantia

Extraktion

1. Kontrollera INR-värde inför behandling (gäller warfarin). INR-värdet bör vara ≤ 3.
2. Lokalbedövning med adrenalintillsats kan användas.
3. Extraktionen ska ske så atraumatiskt som möjligt.
4. Tamponera alveolen med hemostatiskt material (Surgicel, kollagen etc.).
5. Suturera tätt – tillse att sårkanterna sluter till ordentligt.
6. Komprimera sårområdet med kompress indränkt i 10 % tranexamsyralösning i 30–60 minuter. 10 % lösning fås genom att lösa upp 1 brustablett tranexamsyra 1 g i 10 mL vatten.
7. Vid postoperativ blödning kan patienten upprepa punkt 6 hemma. Vid utebliven effekt ska tandvården kontaktas. Se stycket Blödningskomplikation.

Omfattande depuration

1. Kontrollera INR-värde (gäller warfarin).
2. Depurera endast några enstaka tänder första gången.

Blödningskomplikation

Postoperativ blödning från operationsområde

1. Använd anestesi utan adrenalin.
2. Ta bort suturer.
3. Sug och spola rent från koagel med koksaltlösning.
4. Inspektera blödningskällan.
5. Om det blöder – stilla blödningen med en kompress indränkt i tranexamsyralösning eller diatermi.
6. Applicera lokalhemostatika och resuturera såret.
7. Komprimera med tranexamsyraindränkt kompress i 30–60 minuter. Säkerställ god primär hemostas innan hemgång.

Postoperativ blödning från tandköttsficka efter depuration

1. Spola ur fickan med koksalt eller tranexamsyralösning för att få bort koaglet.
2. Rekommendera försiktig sköljning alternativt kompression med tranexamsyralösning.

FÖR TERAPIGRUPP TANDVÅRD

Nina Hylén, ordförande

Referenser

Johansson K, Götrick B, Holst J, Tranæus S, Naimi-Akbar A. Impact of direct oral anticoagulants on bleeding tendency and postoperative complications in oral surgery: a systematic review of controlled studies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2023 Mar;135(3):333-346. doi: 10.1016/j.oooo.2022.07.003. Epub 2022 Jul 15. PMID: 36100547.

Wallström M, Radulovic V. Oral kirurgi av patienter med ökad blödningsrisk. *Tandläkartidningen* årg 104. Nr 1 2012.

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Tandvård
Susanne Mirshahi, susanne.mirshahi@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.