

# Tandvård vid behandling med antikoagulantia och/eller trombocythämmare

Fastställt maj 2024 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till maj 2026.

## Huvudbudskap

- Medicinering med antikoagulantia och trombocythämmare läkemedel 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 läkemedel. 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. Undantag kan vara kombinationsbehandling med antikoagulantia och en eller flera trombocythämmare speciella sjukdomstillstånd (se senare i riktlinjen), stora geografiska avstånd till sjukhus eller större dentoalveolära ingrepp.

## 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 hjärklaffsprotos).

## Läkemedel

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

### 1 Trombocytaggregationshämmande läkemedel

### 2 Perorala antikoagulantia (warfarin och NOAK)

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

| PRIMÄR HEMOSTAS<br>– vasokonstriktion<br>– trombocytplugg  | SEKUNDÄR HEMOSTAS<br>– aktivering av koagulationsfaktorer<br>– fibrinkoagel   | FIBRINOLYS<br>– upplösning av fibrinkoagel   |
|--|---|--|
| <b>Trombocytaggregationshämmande:</b><br>ASA (ex. Trombyl)<br>COX-hämmare (NSAID)<br>dipyridamol<br>klopido-grel (ex. Grepid, Plavix)<br>prasugrel (ex. Efient)<br>ticagrelor (ex. Brilique) | LMH (låg molekyler hepariner)<br>(Fragmin, Klexane, Innohep)<br><b>Perorala antikoagulantia:</b><br>warfarin (ex. Waran)<br><br><i>Direkt trombinhämmare:</i><br>dabigatran (ex. Pradaxa)<br><br><i>Faktor Xa-hämmare:</i><br>apixaban (Eliquis)<br>rivaroxaban (Xarelto)<br>edoxaban (Lixiana) | <b>Fibrinolyshämmare:</b><br>tranexamsyra<br>(ex. Cyklokapron, Cyklo-f, Statragen) |

## 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. (tabell). 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.

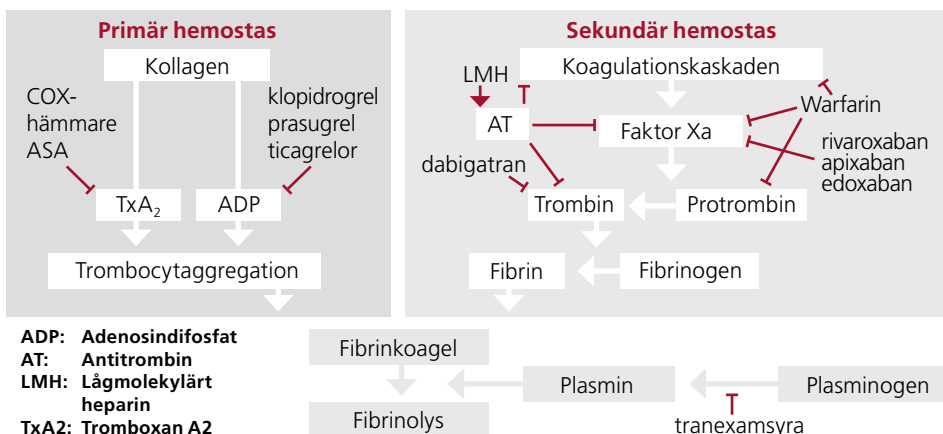
Hämmande faktorer är antikoagulantia, koagulationsfaktorbrist (t.ex. hemofili) och leversjukdom. Hos blödersjuka och patienter som behandlas med antikoagulantia blir fibrinkoaglet glesare och svagare.

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

Vid warfarinmedicinering 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 NOAK) ger en ökad blödningsrisk. Patienten bör undvika ASA i analgetisk dos och COX-hämmare före ingrepp, men fortsätta med lågdos-ASA (Trombyl). 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 dagar) går dock bra.
- Försiktighet även med kombination med klindamycin, amoxicillin, klaritromycin, nystatin, etylmorfin, cocillana-extrakt.

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

## 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. *Patienter som medicinerar med warfarin*  
Boka tid, helst en fm, ej dag före helg. 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.
4. *Patienter som medicinerar med NOAK*  
Ingen provtagning är nödvändig. Ingreppet genomförs på samma sätt som vid warfarin-behandling. Vid ingrepp med större risk för blödning - konsultera specialisttandvård.
5. 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.

## Försiktighet

**Samråd med specialisttandvård eller behandlande läkare i följande fall:**

- Vid instabilt INR-värde eller INR >3.
- Om patienten har grav lever- eller njurinsufficiens eller koagulationsrubbnig.
- 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 Terapigrupp Tandvårds hemsida:

[www.vgregion.se/lakemedel/tandvard](http://www.vgregion.se/lakemedel/tandvard)

## Genomförande av ingreppet

**Patienter som medicinerar 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 medicinerar 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 Cyklokapron 1 g i 10 mL vatten.
7. Vid mindre postoperativ blödning kan patienten upprepa punkt 6 hemma alternativt skölja försiktigt 1–2 minuter. Vid större blödning ska tandvården kontaktas. Se stycket Blödningskomplikation.

*Omfattande depuration*

1. Kontrollera INR-värde (gäller warfarin).
2. Depurerar 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.

**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](mailto:susanne.mirshahi@vgregion.se)

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.